**労災請求書等送付票（令和　　年　　月分）**

（指定番号）

（指定医療機関・薬局の名称）

（所在地）

（電話番号）

（担当者名）

労働者災害補償保険診療費・薬剤費請求書および診療費・薬剤費請求内訳書をオンラインまたは電子媒体により請求していますので、下記書類を送付します。

|  |  |
| --- | --- |
| 書類名称 | 枚数 |
| 療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（様式第５号） | 枚 |
| 療養給付たる療養の給付請求書（様式第１６号の３） | 枚 |
| 療養補償給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（様式第６号） | 枚 |
| 療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（様式第１６号の４） | 枚 |
|  | 枚 |

送付先　〒690-0841

松江市向島町134-10　松江地方合同庁舎4F

島根労働局　労災補償課　分室