



## 労災薬剤費請求用紙 送付依頼書

薬局名称							
労災指定薬局番号	2	2	4			担当者名	
所在地	(〒 )				電話		

下記の用紙の送付を依頼します 総枚数 枚 ※ 着払での送付希望 →  希望する場合はチェックをいれてください

物品番号	帳票種別	枚数	名称
72224	34729	枚	薬剤費請求書
72225	34730	枚	薬剤費請求内訳書
72226	34731	枚	<b>【傷】</b> 薬剤費請求内訳書

物品番号	帳票種別	枚数	名称
81202	37701	枚	アフターケア委託費請求書 (薬局用)
81205	37710	枚	アフターケア委託費請求内訳書 (薬局用)

**【お願いと注意事項】**

1. 用紙の送付依頼は、この用紙を使用し当課分室（下記）にご依頼ください。
2. 送付は次の方法により対応します。いずれも費用はご依頼者様の負担となりますのでご了承ください。

① 返信用封筒による郵送

上記に記載のうえ、返信用封筒（宛名を記載して、郵便切手を貼付）を同封して郵送ください。

※返信用封筒は A4 用紙が同封できるものでお願いします。

※送付可能枚数の目安は次のとおりです。(2019.10.1 郵便料金改定以降～)

レセプト枚数	6 枚	15 枚	20 枚	40 枚	90 枚
郵送料 (規格内)	120 円	140 円	210 円	250 円	390 円
郵送料 (規格外)	200 円	220 円	300 円	350 円	510 円

※ 40 枚を超える場合は、レターバックライト (370 円) をお勧めいたします。(一度に 150 枚程度送付可能)

② 「着払」での送付を希望される場合

こちらから「ゆうパケット」「ゆうパック」等の日本郵便による着払い又は当労働局が契約している業者を利用した着払いの方法により送付いたします。

○送付先 静岡労働局労災補償課分室  
 〒420-8639 静岡市葵区栄町 4-10 静岡栄町ビル 9 階  
 TEL : 054 (653) 6050