

令和 年 月 日

静岡労働局 御中

住所
開設者
氏名電子媒体確認申請書（光ディスク送付書）

労災保険指定医療機関等番号	
労災保険指定医療機関等名称	
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 医科（アフターケア）・調剤（アフターケア）
請求開始希望（予定）月	平成 / 令和 年 月診療（調剤）分から
媒体種類	C D ・ D V D
媒体提出枚数	枚
備考	

- ※ 1 労災保険指定医療機関等とは、労災保険指定病院、労災保険指定薬局及び労災病院のこと。
- ※ 2 本申請書は、点数表区分別に作成すること。
- ※ 3 点数表区分については、該当に○を付すこと。