



# 労災診療費等請求用紙 送付依頼書 薬局用

あて先

〒680-8522 鳥取市富安2丁目89-9

鳥取労働局 労働基準部 労災補償課

メールアドレス「rousaihoshouka-tottorikyoku@mhlw.go.jp」

様式番号		帳票種別	帳票名	要求枚数
指薬機	様式第1号	<b>34729</b>	労働者災害補償保険薬剤費請求書	枚
	様式第2号	<b>34730</b>	薬剤費請求内訳書(短期)	枚
	様式第3号	<b>34731</b>	薬剤費請求内訳書(傷病年金)	枚
実施要領	様式第6号	<b>37701</b>	アフターケア委託費請求書(薬局用)	枚
	様式第6号の2	<b>37710</b>	アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	枚

注： 日数に余裕をもって依頼してください。

どちらかに○をしてください。

- ・送付してください。
- ・労働局に受け取りに行きます。(          日頃)

労災指定番号	31
郵便番号	〒          -
住所	
薬局名	
	担当者名 _____
電話番号	(          )