

申込日： 年 月 日

労災レセプト用紙 注文書 (医療機関用)

労災指定番号	16
住所	〒 -
医療機関名	ご担当者名
電話番号	() -

5枚単位でご注文下さい。

帳票番号	帳票名	物品番号	枚数
34720	診機様式第1号 労働者災害補償保険診療費請求書	7230	枚
34721	診機様式第2号 診療費請求内訳書(入院用)	7231	枚
34722	診機様式第3号 診療費請求内訳書(外来用)	7232	枚
34723	傷病入院用	7233	枚
34724	傷病外来用	7234	枚
	続紙	72213	枚
37700	実施要領様式第5号 アフターケア委託費 請求書	81201	枚
37702	実施要領様式第5号の2 アフターケア委託費 請求内訳書	81203	枚
	実施要領様式第5号の3 アフターケア委託費内訳書 続紙	81214	枚
	合計枚数		枚
	送料(切手)		円

【受け取り方法】

どちらかに☑を付け、下欄にご記入下さい。

分室(1F)にて引取り FAX番号：076-415-8723

分室での引取りの際は無料です。

ご注文の際には注文書を事前にFAXし、指定の日時にお越し下さい。

引取日時： 年 月 日() 午前・午後 時 分頃

郵送(日本郵便)

送料(切手代)のみ医療機関負担となります。

ご注文の際には、注文書、送料分の切手及び返信用封筒(定形外)を同封して

分室宛ご郵送下さい。

切手の金額(目安)	ゆうパック着払
25枚程度(150g) 210円	1箱(500枚)
40枚程度(250g) 250円	
80枚程度(500g) 390円	
	R1.10.1以降適応