

労災レセプト用紙 注文書（薬局用）

令和 年 月 日

| | |
|--------|------------|
| 労災指定番号 | |
| 住所 | 〒 - 富山県 |
| 薬局名 | ご担当者名 |
| 電話番号 | () - |

| 帳票名 | 帳票種別 (物品番号) | 枚数 |
|---|------------------|----|
| 指薬機様式 第1号 労働者災害補償保険 薬剤費請求書 | 34729 (72224) | 枚 |
| 指薬機様式 第2号 薬剤費請求 内訳書 | 34730 (72225) | 枚 |
| 指薬機様式 第3号 薬剤費請求 内訳書 (傷病年金・傷病補償年金 受給者用) | 34731 (72226) | 枚 |
| 実施要領様式 第6号 アフターケア委託費 請求書 (薬局用) | 37701 (81202) | 枚 |
| 実施要領様式 第6号の2 アフターケア委託費請求 内訳書 (薬局用) | 37710 (81205) | 枚 |
| 合計枚数 | | 枚 |

《受け取り方法》

郵送の場合

必要枚数をご記入いただき、返信用封筒に送料分の切手を貼って同封ください

送料(切手)と枚数の目安は次のとおりです。(2024.10.1~の郵便料金)

140円(50g).....5枚、 180円(100g).....14枚

270円(150g).....24枚、 320円(250g).....41枚

いずれも当局の定形外封筒を使用した場合の目安です、ご参考になさってください

【送付先】

〒930-8509

富山市神通本町1丁目5番5号 富山労働総合庁舎 1階

富山労働局 労災補償課分室

窓口で受け取りの場合

労災補償課窓口(3階)での受け取りの際は、事前にお電話にてご注文ください

【TEL】: 076-432-2739

必要枚数・受取日時をお伝えください

