

申込日： 年 月 日

労災レセプト用紙 注文書 (富山県内の薬局用)

労災指定番号	16
住所	〒 - 富山県
薬局名	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
34729	指薬機様式第1号 労働者災害補償保険 薬剤費請求書	72224	枚
34730	指薬機様式 第2号 薬剤費請求 内訳書	72225	枚
34731	指薬機様式 第3号 薬剤費請求 内訳書 (傷病年金)	72226	枚
37701	実施要領様式 第6号 アフターケア委託費 請求書 (薬局用)	81202	枚
37710	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)	81205	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) のみ薬局負担となります。
ご注文の際には、注文書、返信用封筒 (定形外) を同封して分室宛ご郵送下さい。
※返信用封筒には送料分の切手貼付のうえ宛先をご記入下さい。

切手の金額 (目安)	ゆうパック着払
25枚程度 (150g) 270円	1箱 (500枚)
40枚程度 (250g) 320円	
90枚程度 (500g) 510円	
	R6.10.1以降適応

R8.2.2改訂版