

愛知県労災指定医協会 御中
(FAX 番号:052-263-6775)

労災レセプト用紙 注文書(FAX)

●愛知県労災指定医協会会員専用です。 ●10枚単位でご注文ください。(1箱=500枚です)

帳票種別	帳票名	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	
34721	診機様式第2号 診療費請求内訳書(入院用)	
34722	診機様式第3号 診療費請求内訳書(外来用)	
34723	診機様式第4号 診療費請求内訳書(傷病入院用)	
34724	診機様式第5号 診療費請求内訳書(傷病外来用)	
37700	実施要領様式第5号 アフターケア委託費請求書	
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	
—	診療費請求内訳書(続紙)	
合計枚数		

※ 1回あたりのご注文は 2,000 枚(4 箱)までです。

※ レセプト用紙・送料は無料です。FAXにてご注文ください。

※ 普通郵便での発送となります。(500 枚以上はゆうパックで発送します)

※ 当日発送は14時までの受付とさせていただきます。

至急でご希望の場合は、ゆうパックの着払いとなりますのでご了承ください。

【お願い】在庫に限りがありますので頻回なご請求はご遠慮ください。

また、できる限りまとめてご注文いただきますようお願いいたします。

【受け取り方法】 どちらかに✓をつけてください。

事務局にて引き取り (引取日時: 月 日()午前・午後 時頃)

事務局: 〒460-0008 名古屋市中区栄 4-3-26 昭和ビル 6F

一般社団法人 愛知県労災指定医協会

FAX 052-263-6775 TEL 052-263-0093

郵送希望(日本郵便)

労災指定医番号	No. 23
医療機関名	
所在地	〒
電話番号	() —
ご担当者様	

<お願い> 太枠内すべてご記入ください。