

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)

●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。
 - ※ 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。

【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4-3-6 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	
住所	〒
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。