

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

●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		
送料(切手)		
<送料料金表> 10~90枚 ----- 90円 360~500枚(1箱) ----- 500円 100~180枚 ----- 120円 500~2,500枚(1~5箱まで) 500円 190~350枚 ----- 190円		

【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)

事前に注文書をFAXし、ご指定の日時に事務局(昭和ビル事務所)までお越しください。

昭和ビル事務所：〒460-0008 名古屋市中区栄4-3-26 昭和ビル6F

郵送(日本郵便)

送料(切手)は、医療機関様負担となります。

封筒に注文書と送料分の切手を同封して事務局(昭和ビル事務所)宛にご郵送ください。

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。