

## アフターケア委託費請求書 OCR 用紙請求申込書

労災指定番号	
名 称	
郵便番号	〒 _____
所在地	埼玉県 _____ 市・郡 _____ 町・村 _____
電話番号	_____ 担当者 _____

### 請求する用紙の種類

種 類	帳票番号	枚 数
アフターケア委託費請求書	3 7 7 0 0	枚
アフターケア委託費請求内訳書	3 7 7 0 2	枚
アフターケア委託費請求書（薬局用）	3 7 7 0 1	枚
アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）	3 7 7 1 0	枚

#### 『お願い』と『注意事項』

- 1 必要な用紙の枚数を該当欄に記入してください。
- 2 レセプト用紙の申し込みは、FAX又はメールで当局が依頼している委託発送の（株）光菱  
にお願いします（用紙は無料ですが、送料は着払いとなります。）。  
毎月末締め、翌月10日発送となります。

#### 申込書請求先

〒362-0806  
 北足立郡伊奈町小室1411  
 ダイヤ流通(株)埼玉営業所内  
 株式会社 光菱（みつびし）  
 TEL：03（3233）0102  
 FAX：03（3233）4779  
 E-mail：dai2eigyou@mitsu-bishi.co.jp