

レセプト用紙請求申込書（二次健診用）

労災指定番号		
医療機関の名称		
医療機関の所在地	〒 -	担当者氏名
電話番号	()	

種 類	帳票番号	所 要 数
二次健診費用請求書	3 8 7 0 0	枚
二次健診費用請求内訳書	3 8 7 0 1	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）光菱をお願いします。（郵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