

(労災) 光ディスクを用いた費用の請求に関する届出

労災保険指定医療機関から都道府県労働局への光ディスクを用いた費用の請求を (開始) ・ 変更) することを届け出ます。
また、労災レセプト電算処理システム利用規約に同意します。

令和 3 年 2 月 1 5 日

住所 ○○県○○市○○町

(○○ 労働局) 御中

開設者 代表取締役

氏名 労災 レセ子

労災指定医療機関番号	9123456	点数表区分	医科・歯科・調剤 医科(アフターケア)・調剤(アフターケア)
労災指定医療機関名	○○総合病院	電話番号	(00) 1 2 3 4 - 5 6 7 8
労災指定医療機関所在地	○○県○○市○○町○○-○	郵便番号	1 2 3 - 4 5 6 7
レセコンのプログラム名称	労災レセコン EX		
レセコンのソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)	労災電子(株)		
医療機関(薬局)コード	901245678	請求開始・ 変更年月	令和 3 年 月請求分から
電子媒体	CD・DVD		※受付印
記録形式	MS-DOS / CSV形式		
確認試験の実施	実施済 ・ 実施予定 ・ 無(予定無し)		
備考			

※労災保険指定医療機関とは、労災保険指定病院、労災病院及び労災保険指定薬局のことをいう。