令和　　年　　月　　日

（　　　　　　労働局）御中

住　所

開設者

氏　名

　　電子媒体確認申請書（光ディスク送付書）

|  |  |
| --- | --- |
| 労災保険指定医療機関等番号 |  |
| 労災保険指定医療機関等名称 |  |
| 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） |
| 請求開始希望（予定）月 | 平成 / 令和　　年　　月診療（調剤）分から |
| 媒体種類 | ＣＤ・ＤＶＤ |
| 媒体提出枚数 | 　　　　　　　　　　枚 |
| 備　　　　 考 |  |

※１　労災保険指定医療機関等とは、労災保険指定病院、労災保険指定薬局及び労災病院のこと。

※２　本申請書は、点数表区分別に作成すること。

※３　点数表区分については、該当に○を付すこと。