集計表は綴ってはいけません

年　月分労災保険請求書**集計表**

年　月　日

医療機関所在地	
名　称	
責任者氏名	

監督署名	件数	請求金額	備考（文書料のみは再掲）
計			

※**請求書提出時の注意事項**

一、請求書は、**毎月十日**までに神奈川労働局労働基準部労災補償課分室（横浜市中区南仲通三―三二―一みなとファンタジアビル５階）へ提出すること。十日が日曜・祭日の場合はその翌日の午前中まで。尚、期日より遅れた場合は翌月廻しになります。

二、請求書は、請求件数の多少にかかわらず診療した翌月に提出のこと。

※**集計表提出時の注意事項**

一、集計表は、毎月二〇日までに神奈川県労災保険指定病院診療所協会（横浜市中区富士見町三―一県医師会内）へ、指導委員会規程第十一条による指導手数料を添付の上提出のこと。（一件につき**八〇円**也／文書料のみの場合は不要）

※受付印
（　年　月　日）