**令和　　年　　月　　日送付**

**愛知労働局労災補償課医療係　御中**

**労災指定番号**

**病院（薬局）名**

**電子レセプト請求にかかる様式５号等送付表**

|  |  |
| --- | --- |
| **書　　　　類** | **枚　数** |
| **様式５号（１６号の３）** | **枚** |
| **様式６号（１６号の４）** | **枚** |
| **労災リハビリ計画書** | **枚** |
|  |  |

**※　コピーして使用してください**

**送付先　　〒４６０－０００８**

**名古屋市中区栄２－３－１　名古屋広小路ビルヂング１１Ｆ**

**愛知労働局　労災補償課　医療係**