

年 月提出分

アフターケア委託費 ・ 二次健康診断 請求総括表

指定医療機関
指定番号
所在地
名称
責任者氏名
電話番号 () 番

アフターケア委託費用請求書

件

二次健康診断等費用請求書

件

アフターケアの請求に 必要な様式

- アフターケア委託費請求書
【様式番号】 実施要領様式第5号
- アフターケア委託費請求内訳書
【様式番号】 実施要領様式第5号の2

二次健康診断の請求に 必要な様式

- 労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書
【様式番号】 二機様式第1号
- 二次健康診断等費用請求内訳書
【様式番号】 二機様式第2号

※ご提出の際には、患者から提出される下記の資料も必要となります。

- 二次健康診断等給付請求書
【様式番号】 第16号10の2
- 一次健康診断の結果の写し