

※ 記入しないでください

労災レセプトのオンライン化に向けた普及促進事業
導入支援金申請書

受付番号

受付日： 年 月 日

申請書提出時のチェックリスト(こちらも必ずご提出ください)

署名欄の代表者名の記入

☐ 申請書下部にある署名欄は**手書き**で記入してください

※申請者には、労災指定機関の代表者または責任者の名前を記入してください。

提出書類はすべて揃っていますか？ 以下の書類は全て必須書類です。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 申請書提出時のチェックリスト(本紙)	
	<input type="checkbox"/> 申請書(別紙様式1)	
	<input type="checkbox"/> 経費内訳(申請書別紙)	
	<input type="checkbox"/> 契約書の写し ※ リースの場合はリース契約書、リース明細書 ※購入の場合は注文書/注文請書で代用可能	
	<input type="checkbox"/> 注文書の写し	
	<input type="checkbox"/> 納品書の写し	
	<input type="checkbox"/> 領収書の写し	
	<input type="checkbox"/> 導入費用を支払ったことのわかる書類 (現金払いを除く。通帳の該当部分の写しや、振込時のご利用明細の写し等を添付してください。)	
	(該当の場合必要) リース契約の場合	<input type="checkbox"/> 申請時まで支払ったリース料等が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 元となったリース契約等の金額が確認できる書類
	(該当の場合必要) 健康保険システム等と一体的に導入した場合	<input type="checkbox"/> システム全体に要した経費及びそのうち労災ソフト分の経費等内訳が確認できる書類(注文書や納品書など)
確認試験関連書類	オンライン請求の場合	<input type="checkbox"/> 確認試験の「送信データ集計表」のプリント
	電子媒体請求の場合	<input type="checkbox"/> 「電子媒体確認申請書(光ディスク送付書)」の写し <input type="checkbox"/> 「(労災)光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」の写し
<input type="checkbox"/> 通帳の写し ※支援金振込先の 口座名義人カナと口座番号のわかるもの		

健保システムの導入時期・更新時期についてご回答をお願いいたします。 ※大まかな時期で構いません

導入時期： 年 月 / 更新時期： 年 月

添付書類に今回導入された「労災レセプト作成ソフト」の商品名の記載がない場合、下記にご記入ください。

メーカー名

ソフト名

今回の導入支援金の申請はどの媒体で知りましたか。 ※該当する項目すべて選択ください

1. 導入支援金の手引き 2. 「労災オンラインレセプト導入に向けたオンライン説明会」のチラシ
 3. 労働局からの案内 4. オンライン化ナビ(HP) 5. システムベンダ等からの案内 6. 各種雑誌
 7. 各種メールマガジン 8. 労災保険オンラインレセプト普及促進センターヘルプデスクからの案内
 9. その他()

※ 申請者と記入者が異なる場合は下記にご記入ください。

▼下記住所までお送りください。(切り取って使えます)

申請書の記入担当者

部署名

担当者名

電話番号

提出していただいた申請書の内容について、
ヘルプデスクからお電話にて確認のご連絡をいたします。

〒150-0002

東京都渋谷区 渋谷3丁目

17番2号 清澤ビル7階

株式会社フレキシブル内

労災保険オンラインレセプト

普及促進センター ヘルプデスク 行

,000 円

(申請書別紙)

経費内訳

- ☐ 購入
☐ リース
☐ その他

	品名	数量	単価	金額
	摘要(値引き)			
	摘要(値引き、うち労災)			
	小計			
	小計(うち労災)			
	消費税(10%)			
	消費税(うち労災、10%)			
	合計			
	合計(うち労災)			

(申請書別紙)

経費内訳

- ☐ 購入
☐ リース
☐ その他

リース契約締結日	
リース契約期間	
支払総額	
申請時までの支払月数	

	品名	数量	リース総額	月額	申請時までのリース料支払総額
	摘要(値引き)				
	摘要(値引き、うち労災)				
	小計				
	小計(うち労災)				
	消費税(10%)				
	消費税(うち労災、10%)				
	合計				
	合計(うち労災)				

(申請書別紙)

リース契約締結日	
リース契約期間	
支払総額	
申請時までの支払月数	

[illegible]

別紙様式2

労災レセプトのオンライン化に向けた普及促進事業
導入支援金申請書 薬局チェーン店 一括申請用紙

受付番号

受付日：令和 年 月 日

こちらは薬局チェーン店をお持ちの方に向けた複数店舗の一括での申請用紙になります。

申請企業の情報を共通の申請用紙にご記入いただき、各店舗の情報をこちらの用紙にご記入ください。

申請企業名		申請者名	
1	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日
2	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日
3	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日
4	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日
5	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日
6	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日
7	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日
8	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日
9	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日
10	労災指定機関番号		労災レセプトユーザID
	支店名		納品日
			確認試験実施日

※かかった費用の内訳・総事業費が全て同一の場合のみご使用いただけます。

費用が異なる場合は各店舗ごとに申請書をご記入ください。

※添付書類は全店舗分が必要となります。一括購入の場合にも、対象となる店舗名の記載が必要になります。