



※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

受理番号

受理日： 年 月 日

本人控

申請年月日	年 月 日																						
労災指定番号 <small>※7桁の場合は左詰めで記入</small>													労災レセプトユーザID										
労災指定機関名																							
住所	(〒 - )																						
申請者名													電話番号										

① ソフト導入経費	<input type="text"/>	円(税込)	+	② 導入に伴う諸設定費	<input type="text"/>	円(税込)		C 限度額 *該当箇所にチェックをする			
A 総事業費 <small>①+②の合計額</small>	<input type="text"/>	円(税込)		B 比較額 <small>Aの額×1/2(千円未満切捨て)</small>	<input type="text"/>	,000		円	病院 病床数20床以上	平成31年4月以降導入	平成31年3月以前導入
			↓					診療所 病床数20床未満	800,000円	500,000円	
D 選定額(支払額) <small>B・Cを比較して低い額</small>	<input type="text"/>	,000						薬局	200,000円		
								納品日 <small>納品書に記載の日付</small>	年 月 日		
								確認試験実施日 <small>確認試験画面に記載の日付</small>	年 月 日		

(カナ)													銀行・組合 金庫・農協	(カナ)												
金融機関名														支店名												
科目	1. 普通			2. 当座			3. その他			口座番号																
(カナ)																										
受取人 <small>(口座名義人)</small>																										

1:「金融機関名」ほか振込口座に関する事項は、記載誤りがないよう確実に記載して下さい。 2:「科目」の欄は、該当する番号を○で囲って下さい。  
 3:「口座番号」の欄は、右詰で記入し、口座番号が6桁以下の場合は、空欄を「0」と記入して下さい。 4:「受取人(口座名義人)」の欄は、法人名が含まれる場合、フリガナも併せて記入してください。  
 5:「フリガナ」の欄は、カタカナで記入して下さい。(25字以内となり、濁点・半濁点もそれぞれ1字分となります。)

当該申請は、予算が終了した場合、導入支援金を受けられないことを承知した上で申請します。  
 なお、申請内容については、一切の虚偽がないことを申し立てます。

年 月 日 (申請者)

\* 導入支援金を受けるには、契約書、納品書、領収書が必要です。 \* 申請項目に記入した額や内容と領収書等が一致しない場合は、申請書を返戻し、再申請を求められることになります。  
 \* また、対象経費以外(月々のサポート経費等)が含まれている場合も再申請となりますので、注意してください。  
 \* 今年度の導入支援金は、予算の限度額が終了次第、打ち切りとなります。 \* 導入支援金の申請は、一度のみとなります。

こちらは本人控です。お手元にて保管してください。



※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

受理番号

受理日： 年 月 日

申請書提出のご案内（こちらをご提出ください）

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？

- 申請書（提出用） ※本人控はご自身で保管ください。

添付書類

- 契約書（写しでも可）

- 納品書（写しでも可）

- 領収書（写しでも可）

オンライン請求の場合

- 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

- 「電子媒体確認申請書（光ディスク送付書）」の写し

- 「（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

- 通帳の写し ※口座名義人カナと口座番号のわかるもの

- 申請書提出のご案内（本紙）

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	

\*申請者と記入者が異なる場合は下記にご記入ください。

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。

▼下記住所までお送りください（切り取って使えます）。

〒105-0004  
東京都港区新橋1-18-21  
第一日比谷ビル5F

労レセシステム普及促進センター  
ヘルプデスク 行