

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 日 : 年 月 日

| | |
|-------------|---|
| 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 <u>代表者または責任者の名前</u> 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 | | 申請書提出時のチェックリスト(本紙) | |
| | | 申請書(別紙様式1) | |
| | | 経費内訳(申請書別紙) | |
| | | 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 | |
| | | 注文書の写し | |
| | | 納品書の写し | |
| | | 領収書の写し | |
| | | 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。) | |
| | 確認試験関連書類 | 〔該当の場合必要〕 リース契約の場合 | 申請時までに支払ったリース料等が確認できる書類 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 | 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) |
| | | 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 ※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 | | | |
|---|-----------|--|----------------------------------|
| | 導入支援金の手引き | | 「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 |
| | 労働局からの案内 | | オンライン化ナビ (HP) |
| | 各種雑誌 | | システムベンダ等からの案内 |
| | 各種メールマガジン | | 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 |
| | その他 () | | |

| 申請書の記入担当者 | |
|-----------|--|
| 部署名 | |
| 担当者名 | |
| 電話番号 | |

〒113-0034
東京都文京区湯島3丁目19番11号
湯島ファーストビル4階
株式会社シード・プランニング内
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

受付番号
受付日:令和 年 月 日

申請年月日
令和 年 月 日

労災保険オンラインレセプト普及促進センター 御中

労災指定機関番号:
労災レセプトユーザID:
労災指定機関等名:
申請者名:
住所: 〒 -

電話番号:

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

いずれか該当する方を記載してください。売買契約以外の場合は種類を具体的に記入してください。

| 【売買契約の場合】 | | 【売買契約以外の場合 ()】 | |
|-------------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|
| ①ソフト導入経費 | 円(税込) | ①月額等 | 円(税込) (回払い) |
| ②導入に伴う設定費 | 円(税込) | ②支払った期間 | か月 (年 月 ~ 年 月) |
| A 総事業費 * ①+②の合計額 | 円(税込) | A 総支払済額 * ①×②の金額 | 円(税込) |
| B 比較額 * Aの額×1/2(千円未満切捨て) | | ,000 円 | |
| C 限度額 * 該当箇所に✓を記入してください(1つだけ) | | | |
| | | 平成31年4月以降に導入 | 平成31年3月以前に導入 |
| 病院(病床数20床以上) | | 800,000 円 | 500,000 円 |
| 診療所(病床数20床未満) | | 500,000 円 | 400,000 円 |
| 薬局 | | 200,000 円 | |
| D 限度額(支払額) * BとCを比較して低い金額 | | ,000 円 | |
| 納品日 納品書に記載の日付 | 年 月 日 | 確認試験実施日 確認試験画面に記載の日付 | 年 月 日 |
| 金融機関名 | 銀行 組合 金庫 農協 | 支店名 | 支店 |
| 科目 | 普通 当座 その他 | 口座番号 | |
| 受取人 (口座名義人) | | | |

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。
また、今まで導入支援金の支払を受けたことはなく、申請内容について一切の虚偽がないことを申し立てます。

令和 年 月 日 (申請者署名)

※申請書署名欄は手書きでお願いします。

※記入しないでください。

申請書類を確認した結果、支払額は以下のとおりとする。

支払額

,000 円

(申請書別紙)

経費内訳

- ☐ 購入
☐ リース
☐ その他

[illegible]

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 |
|--|---------------|----|-------|----|----------------|
| | | | | | |
| | 小計 | | | | |
| | 小計(うち労災) | | | | |
| | 摘要(値引き) | | | | |
| | 摘要(値引き、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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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 | 年 月 日 |
| | | 確認試験実施日 | 年 月 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。