

# 取消依頼書

先に請求した下記1について、下記2以降により請求の取消しを依頼します。

記

1 診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア ( 診療費 ・ 薬剤費 )  
( 該当箇所を で囲んでください。)

2 データ送信日 ( オンライン請求のみ ) 令和 年 月 日

3 請求書の取消  
請求金額 .....円 内訳書枚数 .....枚

4 レセプトの取消  
請求金額 .....円  
労働者氏名 .....  
診療 ( 投薬 ) 期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

5 取消依頼理由 ( 該当箇所を で囲んでください。 )  
重複請求・重複送信  
他保険適用分を誤って請求  
その他 ( 具体的な理由を記入して下さい )

[ ..... ]

令和 年 月 日

労 災 指 定 番 号 0 1 .....  
所 在 地 .....  
指定医療機関・薬局の名称 .....  
代 表 者 職 氏 名 .....  
担 当 者 氏 名 .....

北海道労働局長 殿

提出先 ( 郵送または窓口 )

〒060-0807 札幌市北区北7条西1丁目2 - 6 NCO札幌12階

北海道労働局労働基準部労災補償課分室

電話 011(716)2080