　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別紙１

令和　　年　　月　　日

**労働者災害補償保険　保険給付支給請求書取下げ願い**

令和　　年　　月　　日付けで貴職が受付した、下記労災補償給付支給請求の取下げをお願いいたします。

記

　１　労働者の氏名　　　　　　　　　　　　（　　　　　）（生年月日　昭和 ・ 平成　　年　　月　　日）

　２　労働者の所属事業場名

　３　労働保険番号・年金証書番号

　４　災害発生年月日　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　５　保険給付支給請求書の種類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 様式等の種類 | 請求期間又は支給事由発生年月日 |
| □ | 療養（補償）給付たる療養の給付請求書  　　　　　　　　　　様式第５号・様式第１６号の（３） | 令和　　　年　　月　　日  　　　　　～令和　　年　　月　　　日 |
| □ | 療養（補償）給付たる療養の費用請求書  　　　様式第７号（　　　）・様式第１６号の５（　　　） | 令和　　　年　　月　　日  　　　　～令和　　　年　　月　　　日 |
| □ | 休業（補償）給付支給請求書  　　　　　　　　　　　　様式第８号・様式第１６号の６ | 令和　　　年　　月　　日  　　　　～令和　　　年　　月　　　日 |
| □ | 障害（補償）給付支給請求書  　　　　　　　　　　　様式第１０号・様式第１６号の７ | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| □ |  |  |

　６　取下げ理由

　７　請求書返戻の希望　（　　有　・　無　　）

　　　　　　　　　労働基準監督署長　殿

　　　　　　　　　　　　　請求人の住所

　　　　　　　　　　　　　請求人の氏名

　　　　　　　　　　　　　事業場の名称

　　　　　　　　　　　　　事業場の所在地

　　　　　　　　　　　　　事業主の氏名

（法人その他の団体であるときは、その名称及び代表者の氏名）