**④　薬剤費　レセプト用取下げ依頼書**

令和　　　年　　　月　　　日

記入見本です。白紙は２頁目にあります。

**↑提出日をご記入下さい。**

福 岡 労 働 局 長　 殿

所在地

名称

代表者氏名

（労災指定薬局番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿　　）

**40～始まる8桁の労災指定薬局番号です。↑**

労災保険薬剤費の請求取下げ依頼について

下記労災保険薬剤費を誤って請求しましたので請求を取下げます。

よろしくお取り計らい願います。

記

**１～6までは該当のレセプト通りに記入下さい。**

１　労働者氏名

２　生年月日　　昭和　・　 平成　　　　　年　　　　月　　　　日

３　負傷年月日　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日

４　労働保険番号

５　投薬期間　　令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日

６　請求金額 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

７　取下げ理由

**7　取下げ理由については**

**□請求誤りのため**

**□アフターケア移行のため**

 **□重複請求のため**

**□治癒後請求のため**

**□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**と記入下さい。**

令和　　　年　　　月　　　日

福 岡 労 働 局 長　 殿

所在地

名称

代表者氏名

（労災指定薬局番号　＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿）

労災保険薬剤費の請求取下げ依頼について

下記労災保険薬剤費を誤って請求しましたので請求を取下げます。

よろしくお取り計らい願います。

記

１　労働者氏名

２　生年月日　　昭和　・　平成　　　　　年　　　　月　　　　日

３　負傷年月日　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日

４　労働保険番号

５　投薬期間 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日

６　請求金額 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

７　取下げ理由