

③ 薬剤費 請求書用取下げ依頼書

記入見本です。白紙は2頁目にあります。

令和 年 月 日

↑ 提出日をご記入ください。

福岡労働局長 殿

所在地

名称

代表者氏名

(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てい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。

※以下のように記入して下さい。〈例〉

記

- | | |
|---------|----------|
| 1 請求年月日 | 令和4年6月8日 |
| 2 内訳書枚数 | 1枚 |
| 3 請求年月 | 令和4年5月 |
| 4 請求金額 | 2,170円 |
| 5 取下げ理由 | 重複請求のため |

令和 年 月 日

福岡労働局長 殿

所在地

名称

代表者氏名

(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てい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 請求年月日 令和 年 月 日
- 2 内訳書枚数 _____枚
- 3 請求年月 令和 年 月
- 4 請求金額 _____円
- 5 取下げ理由