

④ 薬剤費 レセプト用取下げ依頼書

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