令和　　　年　　　月　　　日

福 岡 労 働 局 長　 殿

所在地

名称

代表者氏名

（指定医療機関番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

労災保険診療費の請求取下げ依頼について

下記労災保険診療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