**取 消 依 頼 書**

　先に請求した下記１について、下記２以降により請求の取消しを依頼します。

記

１　診療費　・　薬剤費　・　アフターケア（　診療費　・　薬剤費　）

　　（※該当箇所を○で囲むか、又は不要箇所を消去してください。）

２　データ送信日（オンライン請求のみ）　　令和　　年　　月　　日

３　請求書の取消

　　①　請求金額 　　　　　　　　　円　　②　内訳書枚数 　　　枚

４　レセプトの取消

①　請求金額 　　　　　　　　　円

　　②　労働者氏名

　　③　診療（投薬）期間　令和　　年　　月　　日　～ 令和　　年　　月　　日

５　取消依頼理由　（※該当箇所を○で囲むか、又は不要箇所を消去してください。）

　　①　重複請求・重複送信

　　②　他保険適用分を誤って請求

　　③　その他（具体的な理由を記入して下さい）

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 労災指定番号 | ０１ |
| 所在地 |  |
| 指定医療機関・薬局の名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |

北海道労働局長　殿

|  |
| --- |
| **提出先**(郵送または窓口)  〒060-0807　札幌市北区北７条西１丁目２－６ＮＣＯ札幌１２階  　北海道労働局労働基準部労災補償課分室  　電話 011(716)2080 |