

兵庫労働局長 殿

指定病院等の番号

医療機関所在地

医療機関名称

代表者の氏名

㊞

労災保険診療費の取下げについて

下記の診療費について、下記理由により取下げをお願いします。

記

1. 労働者について

労働者の氏名

労働保険番号

生年月日

昭和・平成 年 月 日

傷病年月日

平成・令和 年 月 日

2. 診療費について

請求年月・金額

平成・令和 年 月分

円

平成・令和 年 月分

円

平成・令和 年 月分

円

3. 取下げ理由

