

(様式例)

令和 年 月 日

兵庫労働局長 殿

指定薬局の番号

薬局の所在地

薬局の名称

開設者の氏名

㊞

労災保険薬剤費の取下げについて

下記の薬剤費について、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. 薬剤費について

請求年月・金額

令和 年 月分 円

令和 年 月分 円

令和 年 月分 円

3. 取下げ理由

