医療機関用

**取　下　願**

茨城労働局長　殿

令和　　年　　月　　日付で請求しました　　　　　にかかる　　月分の労災診療費・アフターケア診療費の請求については下記の理由につき取下げをお願いします。

記

理由

令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| ０８ |

医療機関の名称及び代表者の役職氏名

＊取下願を使用する際は、郵送する前に茨城労働局への連絡をお願いします。また、連絡日・労働局担当者名の記入も併せてお願いします。

＊連絡日

＊労働局担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関用

**取　下　願**

茨城労働局長　殿

　　　請求書提出日　　　　　　　　　　　　患者氏名　　　　　診療年月

令和　　年　　月　　日付で請求しました〇〇〇〇〇〇にかかる〇月分

の労災診療費・アフターケア診療費の請求については下記の理由につき取下げをお願いします。

記

理由

令和　　年　　月　　日　　　指定番号

|  |
| --- |
| ０８ |

医療機関の名称及び代表者の役職氏名

＊取下願を使用する際は、郵送する前に茨城労働局への連絡をお願いします。また、連絡日・労働局担当者名の記入も併せてお願いします。

＊連絡日

＊労働局担当者名