

神奈川県労働局長 殿

## 診療(薬剤)費請求書取消依頼書

令和 年 月分として、オンライン請求させていただきました診療(薬剤)費請求書は、下記の理由により取消しいたしたく御依頼いたします。

### 記

- 1 請求書の種類 (該当の請求に○印を付けてください。)

診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア

- 2 送信日

- 3 請求金額

- 4 取消し理由

令和 年 月 日

所在地

医療機関又は薬局名

代表者氏名

T E L :

(指定番号 : )

※提出先 〒231-8434

横浜市中区北仲通 5-57 横浜第二合同庁舎 13 階

神奈川県労働局 労災補償課分室

Tel:045(222)6625 Fax:045(662)6615