

神奈川労働局長 殿

取 下 げ 願

令和 年 月分として請求いたしましたレセプトについて、下記により
取下げをいたします。

記

- 1 労働保険番号
- 2 生 年 月 日
- 3 傷 病 年 月 日
- 4 (フリガナ)
労働者名
- 5 請 求 金 額
- 6 取 下 げ 理 由

令和 年 月 日

所 在 地

指定(病院・薬局)番号

医療機関又は薬局名

代表者氏名

T E L : _____

※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

神奈川労働局 労災補償課分室

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