

神奈川県労働局長 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 健康管理手帳番号
- 2 診察年月日(処方年月日)
- 3 請求金額
- 4 (フリガナ)
労働者名
- 5 取下げ理由

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

神奈川県労働局 労災補償課分室

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