

様式 12

神奈川県労働局長 殿

同意書

下記労働者にかかる 診療費 薬剤費 について、回収に同意します。

記

(フリガナ)
1 労働者名

2 労働保険番号

3 生年月日

4 傷病年月日

5 回収理由

6 期間

年 月 日～ 年 月 日 _____ 円

年 月 日～ 年 月 日 _____ 円

年 月 日～ 年 月 日 _____ 円

年 月 日～ 年 月 日 _____ 円

年 月 日～ 年 月 日 _____ 円

令和 年 月 日

所在地

医療機関又は薬局名

代表者名

※「診療費」あるいは「薬剤費」は、該当項目を○で囲んでください。