労災診療費等請求取下げ書

令和　　　年　　　月　　　日

　　三重労働局長　殿

請求人住所

　　　　　　　　　　　　　　　請求人名称

氏　　　名

労災指定番号（　　　　　　　　　　　　）

　先に提出した　　　　　　　　分に係る下記の請求については、下記の理由により取り下げをいたしたく報告します。

記

１　請求の種類

　　・診療費　　　　・薬剤費　　　　・二次健康診断

　　・アフターケア診療費　　　　　　・アフターケア薬剤費

２　労働者氏名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　請求月又は二次健康診断実施日

　・　令和　　　　年　　　　月分

　　　・　令和　　　　年　　　　月　　　　日分

４　金額　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　取下げ理由

* 取り下げ書を提出する際は、三重労働局　労災補償課分室（TEL059-213-5511）へ事前にご連絡ください。