

療養費等領収書紛失届

平成・令和 年 月 日負傷に係る下記診療等機関等での個人負担分の領収書を紛失しましたことを届けます。

受診機関等名称：_____ 受診等年月日：平成・令和 年 月 日

受診機関等名称：_____ 受診等年月日：平成・令和 年 月 日

受診機関等名称：_____ 受診等年月日：平成・令和 年 月 日

受診機関等名称：_____ 受診等年月日：平成・令和 年 月 日

受診機関等名称：_____ 受診等年月日：平成・令和 年 月 日

受診機関等名称：_____ 受診等年月日：平成・令和 年 月 日

(上記に記載しきれない場合は任意の用紙に記載のうえ添付してください)

労働基準監督署長 殿

令和 年 月 日

電話番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____