

令和 年 月 日

静岡労働局長 殿

指定薬局番号

名 称

所 在 地

代表者氏名

印

労災保険 薬剤費 取り下げ書

下記の者に係る 薬剤費 の請求を取り下げいたします。

記

| | |
|-----------------|---------------------|
| (ふりがな) 労働者氏名 | |
| 労働保険番号 | |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 負傷年月日 | 平成・令和 年 月 日 |
| 投薬期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |
| 請求金額 | |
| 取り下げ理由 | |