

令和 年 月 日

静岡労働局長 殿

指定病院番号

名 称

所 在 地

代表者氏名

印

### 労災保険 診療費 取り下げ書

下記の者に係る 診療費 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
診 療 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
請 求 金 額	
取り下げ理由	