

# 療養補償請求書取下依頼

年 月 日

(宛先)

地方公務員災害補償基金埼玉県支部長 宛

所 属

氏 名

私が請求した下記の療養補償請求について、都合により請求を取り下げます。

記

請求日	内 容	請求額
年 月 日	〇〇病院 〇〇年〇月～〇月分	円