

(和暦) 年 月 日

事業所 _____

担当者 _____ (印)

労働災害・通勤災害報告書

下記被保険者が、労働災害・通勤災害で健康保険を使用しましたので、下記の対応をお願いします。
下記の受診は、医療機関・薬局に返戻交渉した結果、

返戻を了解しましたので、当該「診療報酬明細書」を医療機関に返戻願います。

返戻に応じませんでしたので、被保険者が10割負担した状態とするため、当該「診療報酬明細書」の健保負担分（7割）を被保険者本人に請求願います。

記号-番号： _____ - _____ 被保険者： _____

傷病名： _____

健康保険を使用した受診情報

受診年/月	医療機関・薬局			自己負担額(円)	健保組合使用欄
	労災指定は <input checked="" type="checkbox"/>	名称	返戻に応じた医療機関担当者		
平成 /	<input type="checkbox"/>				
平成 /	<input type="checkbox"/>				
平成 /	<input type="checkbox"/>				
平成 /	<input type="checkbox"/>				
平成 /	<input type="checkbox"/>				
平成 /	<input type="checkbox"/>				
平成 /	<input type="checkbox"/>				
平成 /	<input type="checkbox"/>				
平成 /	<input type="checkbox"/>				

健保組合使用欄

常務理事	事務長		担当者

受付印