

(和暦) 年 月 日

事業所 _____

担当者 _____ ⑧

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 type="checkbox"/>	名称	返戻に応じた医療機関担当者		
(和暦) / /	<input type="checkbox"/>				
(和暦) / /	<input type="checkbox"/>				
(和暦) / /	<input type="checkbox"/>				
(和暦) / /	<input type="checkbox"/>				
(和暦) / /	<input type="checkbox"/>				
(和暦) / /	<input type="checkbox"/>				

上記の労災通災にかかる診療費の入金が確認できましたら、下記住所に「診療報酬明細書（写し）」をお送りください。

住所	〒

健保組合使用欄

				受付印
常務理事	事務長	レセ担当	担当者	