川崎汽船健康保険組合宛

令和　　年　　月　　日

［事業所］

［担当者］

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：　　　－　　　　　　　　 被保険者氏名：

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 | 名称 | 返戻に応じた医療機関担当者 |
| 令和/ | □ |  |  |  |  |
| 令和/ | □ |  |  |  |  |
| 令和/ | □ |  |  |  |  |
| 令和/ | □ |  |  |  |  |
| 令和/ | □ |  |  |  |  |
| 令和/ | □ |  |  |  |  |
| 令和/ | □ |  |  |  |  |
| 令和/ | □ |  |  |  |  |

健保組合使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|  |  |  |  |

 | 受付日付印 |