川崎汽船健康保険組合宛

令和〇〇年〇〇月〇〇日

［事業所］㈱〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

［担当者］　〇〇　〇〇

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：〇〇〇－〇〇〇〇〇〇〇〇　被保険者氏名：〇〇〇　〇〇〇

傷　病　名：例）頚椎捻挫

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 XX/XX	☐	〇〇〇〇〇クリニック	〇〇	X,XXX 円	
令和 XX/XX	☐	〇〇〇〇〇薬局	〇〇	XXX 円	
令和 /	☐				
令和 /	☐				
令和 /	☐				
令和 /	☐				
令和 /	☐				
令和 /	☐				

健保組合使用欄

受付日付印

常務理事	事務長		担当者