

事業主確認印

三菱自動車健康保険組合 御中

報告日：令和 年 月 日

事業所住所（〒 - ）

事業所名称

報告者氏名

※報告者氏名は「安全担当等」災害発生時の窓口部署の方が記載してください

## 労働災害・通勤災害報告書

弊社の被保険者が労働災害・通勤災害で健康保険証を使用したもので、記載のとおり報告申し上げます。

被保険者等記号－番号・枝番	－	・	被保険者氏名	
傷病名				

## 健康保険証を利用した内容

	医療機関名 (薬局その他含む)	自己負担額	レセプト 返戻可否	医療機関担当者名*	診療開始日	最終診療日 (予定含む)
①			可・否		R 年 月 日	R 年 月 日
②			可・否		R 年 月 日	R 年 月 日
③			可・否		R 年 月 日	R 年 月 日
④			可・否		R 年 月 日	R 年 月 日
⑤			可・否		R 年 月 日	R 年 月 日

※レセプト返戻「可」の場合のみ記入

## &lt;健保組合使用欄&gt;

常務理事	事務長	主任	担当

受付印