

労災該当による医療費返納申出書

常務理事	事務長	課長	担当者

埼玉県医師会健康保険組合理事長 宛

以下の診療について労働災害に該当することを確認しましたので、医療費の返納手続きを行いたく申請いたします。

年 月 日 提出

被保険者証記号・番号	記号	番号
被保険者氏名		
被保険者住所	〒	
	自宅 ()	携帯 ()
負傷した者	被保険者本人 ・ 被扶養者 (氏名 続柄)	
負傷日時	年 月 日 時頃	
負傷した場所		
負傷したときの状況	(1)出退勤途中 (2)業務時間及び休息中	
負傷原因	どんなときに	
	どうして	
	どういふふう	
	体のどの部分を	
	どのように負傷したか	
	傷病名	
労働災害に該当する旨を確認した労働基準監督署名・担当者氏名		
労働基準監督署 担当者 様		
保険診療を受けた医療機関及び調剤薬局の名称・住所及び期間		
名称	住所	期間 月 日 ~ 月 日
名称	住所	期間 月 日 ~ 月 日
名称	住所	期間 月 日 ~ 月 日
名称	住所	期間 月 日 ~ 月 日
名称	住所	期間 月 日 ~ 月 日

【提出先】

〒330-0062

さいたま市浦和区仲町3-5-1

埼玉県医師会健康保険組合 医療給付課

TEL 048-832-7882

受付印