

事業主確認印

三菱自動車健康保険組合 御中

報告日：平成 年 月 日

事業所住所（〒 — ）

事業所名称

報告者氏名※

印

※報告者は災害発生部署等の安全担当者の方をお願いいたします

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、下記の通り報告いたします。

記号番号	—	被保険者氏名	
傷病名			

健康保険を利用した受診内容

	医療機関名 (薬局その他含む)	自己負担額	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			
②			可・否			
③			可・否			
④			可・否			
⑤			可・否			

※ 返戻「可」の場合のみ記入

<組合使用欄>

常務理事	事務長	主任	担当

受付印