

## 労災保険 切替申出書

私が健康保険にて受診した以下の期間については労災保険に医療費の請求をするため、貴組合に健康保険負担分を返還いたします。

被保険者情報			
記号	番号	氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日
住所 及び 電話番号	〒 ー 電話番号 ( )		
労災切り替え対象傷病名			

労災切り替え対象の医療機関・調剤薬局に関する情報		
※切り替え手続きができなかった医療機関・調剤薬局の内容をご記入ください ※ご記入いただいた内容で納入通知書を作成いたします		
受診年月日	医療機関名	調剤薬局名
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	
令和 年 月 日	入院・外来	

(記入欄が足りない場合は、続紙をご作成ください。)

備考	※すでに切り替え手続きができた医療機関・調剤薬局がある場合はその内容を備考欄にご記入ください。
----	---