

過誤調整承諾書

(医療機関名)

様

貴院において、受診した次の者の医療費については、業務上の負傷でありましたので、別紙療養の給付請求書によって貴院経由し、労働者災害補償保険へ請求いたしたいのでよろしくお願ひします。

所在地
事業所(主)名 名称
氏名 ⑩

記号
健康保険証 (被保険者)
番号 受診者名

傷病名 診療開始日
年 月 日

上記、傷病にかかる医療費については、労働補償保険へ請求し三重県農協健康保険組合より受けた医療費については、過誤として調整されることを承諾いたします。

年 月 日

医療機関名 ⑩