

オムロン健康保険組合 御中

下記の関係書類を添えて提出します。

受付NO.

< 関係書類 > 1. 事故発生状況報告書 2. 自動車事故証明書(自動車事故のとき) 3. 同意書 4. 人身事故証明書入手不能理由書(物損事故で届けたとき)
--

常務理事	事務長	健保担当
記入不要 (健保記入欄)		

健康保険 第三者の行為による傷病届

健康保険証	記号 10	番号 100000	被保険者氏名 健保 太郎	○
電話番号 (12) 3456 - 7890	内線 7 - 000 - 1111	社内便 口ケ: K	部門名:	

被害者・加害者関係	被害者 (事故に遭った人)	氏名 健保 花子	性別 男 女	生年月日 S 30/01/01	続柄 妻	事故に遭われた方
		住所 〒600 - 8530 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町801				
	加害者 (第三者)	氏名 加害 次郎	性別 男 女	生年月日 S 40/01/01	職業 会社員	事故の相手先
		住所 〒000 - 0000 東京都××区××××1-2-3				
加害者の住所・氏名がわからないとき、その理由						

事故内容	傷病名	骨折、打撲	発生日	平成 22年 3月 25日 午前 (午後) 5時 30分頃	事故の内容をご記入ください。	
	場所	東京都××区×××× 道路の交差点				
	種類	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打/刺傷・その他()				
	事故結果	重症(入院)・軽症	過失の度合い	自分 2割 / 相手 8割		
	警察への届出	あり・なし(届出なしの理由:)				
	所轄署	×××× 警察署	×××× 派出所			

加害者の自動車保険	契約内容	自賠責保険	任意保険	相手先の保険(請求先)をご記入ください。		
	保険会社	会社名	損害保険(株)		会社名	損害保険(株)
		担当者	電話番号 111-1111-1111		担当者	電話番号 222-222-22
	証券番号	WP1234567			9876/5432	
	保険契約者名	加害 太郎			加害 太郎	
	保険契約期間	~ 21年 01月 01日 23年 01月 01日			~ 22年 04月 01日 23年 04月 01日	

被害者の保険会社関与	(有) / 無	「有」の場合、保険会社名・担当者・電話番号 ××××損害保険(株)、××××、333-333-3333	自分の保険
------------	---------	--	-------

治療状況	医療機関	名称 病院	治療の内容をご記入ください。
		所在地 〒000 - 0000 東京都××区××××980	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他()	
	治療期間	入院 22年 3月 25日 ~ 22年 3月 31日	通院 22年 4月 01日 ~ 年 継続申 日