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。

＜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)

受付NO.

常務理事	事務長	健保担当

健康保険　第三者の行為による傷病届

健康保険証	記号	番号	被保険者氏名	＊自署の場合は押印不要 ㊞
電話番号 (　　)　　－		内線	社内便 ロケ：　　部門名：	

被害者・加害者関係	被害者(事故に遭った人)	氏名	男 女	生年月日	続柄
		住所　〒			
	加害者(第三者)	氏名	男 女	生年月日	職業
		住所　〒			
		勤務先の名称			
	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		発生日	年　月　日 午前・午後　時　分頃
	発生場所			
	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　割 ／ 相手　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		

	保険の種類 / 契約内容	自賠責保険	任意保険
加害者の自動車保険	保険会社	保険会社名	保険会社名
		担当者　　電話番号	担当者　　電話番号
	証券番号		
	保険契約者名		
	保険契約期間	年　月　日 ～ 年　月　日	年　月　日 ～ 年　月　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

治療状況	医療機関	名称
		所在地
	支払方法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他（　　）
	治療期間	入院　年　月　日 ～　年　月　日 通院　年　月　日 ～　年　月　日