

ケンボ整理番号()

健康保険組合			
常務理事	事務長	課長	担当者

大同特殊鋼健康保険組合
理事長殿

事業所(会社)名		
安全担当室(必要な事業所のみ押印)		
室長	係長	担当者
所属事業所		
室長	係長	担当者

第三者行為(交通事故等)による健康保険扱い申請書

標記について、下記のとおり申請しますので、承認方宜しくお願い致します。

保険証記号・番号	被保険者氏名(自署)	被扶養者氏名(対象者である場合)	続柄
-	フリガナ 印	フリガナ	
被害者(○印) 本人・家族	生年月日 S・H・R 年 月 日生 男・女	生年月日 S・H・R 年 月 日生 男・女	
被保険者住所	〒 TEL		
申請理由			
負傷日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分 ごろ		
負傷場所	住所		
負傷の詳細	(○印)1. 出勤途中 2. 帰宅途中 3. 会社内で 4. 休み時間内で 5. 会社の用務で 6. 休日で 7. その他()		
※何の用務で、何をしに行くとき、どうして負傷したかを記述して下さい。			
加害者(相手)の氏名及び年齢		住所	
フリガナ	年齢	TEL	勤務先
		TEL	
加害者(相手)に対して損害賠償請求の有無(○印) 1. した 2. していない 3. しない ⇒		3. しない理由	
保険会社又は加害者(相手)からの損害賠償の内容、金額および受領年月日		1.内容 : 2.金額 : 円 月 日 3.受領年月日 : 平・令 年 月 日	
加害者(相手)の状況	自動車保有者の氏名又は会社名	住所 TEL	
	保険契約者の氏名又は会社名	住所 TEL	
	自賠責保険の契約先	証明書番号	
	任意保険の契約先	証明書番号	
	自動車の種類	車体番号() 事故届出警察署名	
診療を受けた病院、医師氏名			
初診年月日	自費	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日	
H・R 年 月 日	健保	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日	

大同健保

【添付書類】 ①交通事故証明書(原本) ②事故発生状況報告書 ③診断書(原本) ④ 念書(被保険者)

⑤念書(加害者) ⑥任意保険会社名届 示談をした場合は、⑦示談書(控)も必要です。

※提出書類は返却しませんので、控は各事業所でコピーして下さい。