

(秘密) 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
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

①	被保険者等の 記号番号	記号 10	番号 100000	被保険者氏名 健保 太郎	*自署の場合は押印不要 (印)
	連絡のとれる電話番号 (12) 3456-7890	メールアドレス hanako.kenpo@omron.com		社内便 ロケ: K	部門名: 〇〇

②	被害者 (事故に遭った人)	氏名 健保 花子	男 女	生年月日 S30/01/01	続柄 妻
		住所 〒600-8530 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町801			
③	加害者 (第三者)	氏名 加害 次郎	男 女	生年月日 S40/01/01	職業 会社員
		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				

④	事故内容	傷病名 〇〇骨折、〇〇打撲	発生日 2020年 1月 25日 午前・午後 5時 30分
		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

⑤	加害者の自動車保険	保険の種類 契約内容	自賠責保険	任意保険
		会社名 〇〇〇〇損害保険(株)	会社名 △△△△損害保険(株)	
		担当者 〇〇〇〇 111-1111-1111	担当者 △△△△ 222-222-2222	
		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 2020年 01月 01日 ~ 年 月 日	2019年 04月 01日 ~ 年 月 日	

⑥	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
---	------------	-------	--

⑦	治療状況	名称 △△病院
		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 2020年 1月 25日 ~ 2020年 2月 14日 通院 2020年 2月 15日 ~ 継続中

注: ・労災などの傷病で健康保険を使った場合は、①、②、⑦項のみ記載してください。
・治療状況の医療機関が複数になる場合は、任意の用紙に記載して提出してください。