

令和 年 月 日

科 研 製 薬 健 康 保 険 組 合
理 事 長 殿

所属部署 _____

氏 名 _____ ⑩

保険証記号番号 _____ - _____

事故・事件等に伴う
健康保険適用申請書

下記事故（事件）に伴う _____ の治療（入院・通院）に際し、貴組合の健康保険を使用することにつき、ご高配を賜りたく、附加給付を不支給とすることを了承の上、申請いたします。

・ 事故（事件）発生年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃

・ 事故（事件）発生場所 _____

・ 事故（事件）当事者氏名 （当方） _____ 過失割合 _____ %

（先方） _____ 過失割合 _____ %

・ 入通院した病医院名 （名称） _____

（所在地） 〒 _____ - _____

・ 事故（事件）発生の状況
