

科 研 製 薬 健 康 保 険 組 合
理 事 長 殿

所属部署 健康保険組合

氏 名 健保 太郎



保険証記号番号 00 - 0000

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 健保 花子 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 00 年 00 月 00 日 00 時 00 分頃

・ 事故（事件）発生場所 東京都港区南青山〇丁目の〇〇交差点

・ 事故（事件）当事者氏名 （当方） 健保 花子 過失割合 10 %

（先方） 事故 一郎 過失割合 90 %

・ 入通院した病医院名 （名称） 南青山外科病院

（所在地） 〒 000 - 0000
東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号

・ 事故（事件）発生の状況

片道 2 車線の道路で、青信号の交差点を直進中に対向車線の車が右折したため、衝突した。