

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 健保印
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付近

・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車線の道路を直進中に、突然、猫が道路を横断したため、避けようとハンドルを切ったところ、道路脇の電信柱に接触した。