

伺 年 月 日	令和 年 月 日
決 議 年 月 日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 自損事故による傷病届・念書

届出日 : 令和 年 月 日

申請者	被保険者証の記号番号	記号番号	社員NO	被保険者の氏名		
	住所	〒	所属コード	所属名称		
				電話		
事故者	氏名	続柄	年齢	才	※被扶養者の場合は、続柄、年齢を記入してください。	
事故の内容	傷病名				発生年月日	令和 年 月 日
	発生の場所					
	事故の種別	自動車・バイク・自転車・殴打・刺傷・食中毒その他 ( )			公私の別	通勤・業務・私用
	運転者の状態	心身状態 正常・眠たかった・疲労・わき見・飲酒 携帯電話使用中・ヘルメット未着用・シートベルト未着用			車両の状態	正常・不具合あり
	治療開始日	令和 年 月 日	保険証で受診	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
	治療を受けた医療機関名				住所	〒
保険加入状況	自賠責保険	契約者氏名	証明書番号			
		名称	住所	〒	電話	
	任意保険	加入の有無	加入・未加入	証券番号		
		名称	住所	〒	電話	
請求	保険会社からの保険給付を受領する	する・しない	保険給付の請求	請求した・請求しない	令和 年 月 日	現在
発生した事故について事故者の行動を詳細に記入					事故が発生した場所の見取図を掲載し、事故者の行動を赤点線で表示する事。	
					受付印	
念 書						
上記の被った保険事故について健康保険法による保険給付を受けた場合は私が保険会社に対して有する保険給付の請求権を、健康保険法第57条の規定によって、オカムラグループ健康保険組合が、給付の価格の限度において取得行使し、当該給付金を有することに異議のないことをここに申し立てます。また、当該保険事故に対しオカムラグループ健康保険組合よりの給付の制限等の判断がなされた場合、その決定に異議を申し立てず、遵守することを誓約いたします。						
尚、併せて右記事項を遵守する事を誓約致します。 氏名						

※ 念書欄には誓約として捺印をお願いします。(シャチハタ可。電子印不可) 原紙での提出です。(PDF不可)