

# 相手方の自動車（保険）関係事項

※該当する項目に○をつけ記入して下さい。（必ず保険証書を見て誤りのないようにご記入下さい。）

年 月 日提出

\*経路  
被保険者↓健康保険組合

強 制 保 険	契約者の氏名・連絡先 及び住所		氏名	TEL ( ) -
			〒	□□□□-□□□□
	保有者と契約者との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
保 険	相手方運転手と保有者との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 親族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	事故当事者間での過失 割合の協定の有無		1. 有 2. 無	『有』の場合は、その理由及び金額、分担割合を記入して下さい
関 係	自動車 責任 損害 賠償	保 險 会 社 名	保険 (株) 支店	
		保 險 会 社 の 住 所 及 び 連 絡 先	〒	□□□□-□□□□ TEL ( ) -
		証 明 書 番 号	第 号	
		期 間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 カ月間	
任 意 保 険 関 係	加害 自動車 の 任意 保険	1 . 有   2 . 無	保険 (株) 支店	
		保 險 会 社 の 住 所 及 び 連 絡 先	〒	□□□□-□□□□ TEL ( ) -
		証 券 番 号	第 号	
		期 間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 カ月間	
任 意 一 括 の 支 払 の 場 合		担当者名	TEL ( ) -	

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日

デンソー健康保険組合理事長殿

被 保 険 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

\*ご記入いただいた個人情報は

- ①健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払に使用する場合があります。
- ②この届出によって各種保険給付金等の支払の参考に使わせて頂く場合があります。
- ③情報保護に関しては<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy>をご覧ください。