

念書兼同意書

令和 年 月 日 (事故発生場所) (相手方の氏名) 殿の
(お怪我をされた方の氏名) において

不法行為により の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第 57 条の規定によって、貴組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことを、ここに書面をもって申立てます。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは、受領月日・内容・金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届出ること。
4. 治癒又は症状が固定（後遺症認定）した場合は、速やかにその内容を申し出ること。
5. 私が自動車損害賠償責任保険（共済）に請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること。
6. 私が加入している人身傷害保険に、私（被扶養者）の損害について請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること。

なお、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に関する私（被扶養者）の情報を第三者（事故相手方・損害保険会社・医療機関等）に照会し、その照会内容について情報提供を受けること、又、支払い請求書一式に当該給付に係る診療報酬明細細書の写しを添付することに同意します。

三陽商会健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

住 所

被保険者氏名

印

代理人氏名

印 続柄 【 】

代理人署名理由（ ）

- ・受診者が 18 歳未満の被扶養者の場合は被保険者が代理で記入・ご捺印ください。
- ・署名捺印においてシャチハタは不可です。
- ・本人が署名捺印ができない時は、届出者（代理人）が署名捺印をしてください。この場合、（内）の代理人署名理由（本人が署名できない理由）も記入してください。