

A4 縦で出力 (交通事故用・被保険者記入)

念 書 兼 同意書

(場所)

(加害者氏名)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○○県○○市○○町 1-3 において 小石川 一郎 の
(被害者氏名)

不法行為により 共同 花子 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、私が加害者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、保険者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し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず前もって健康保険組合へ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、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく健康保険組合に届けること。
4. 自賠責保険に被害者請求するときは、必ず事前に健康保険組合に知らせること。
5. 当該事故にかかる傷病が治癒したときは、速やかに健康保険組合に届けること。
6. 上記のほか、健康保険組合が行う代位取得求償権の行使について協力すること。

私は次の項目に同意いたします。

健康保険組合が損害賠償請求を行う際に、傷病に関する診療報酬明細書等(写)を損害保険会社へ提供すること。

共同印刷健康保険組合理事長 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 △△県△△市△△町△-△-△
電 話 ○○-○○○○-○○○○

氏 名 共同 太郎 印

A4 縦で出力 (交通事故用・保険会社記入)

令和 〇〇年〇〇月〇〇日

第〇〇〇〇号

共同印刷健康保険組合理事長 殿

念 書

被害者氏名 共同 花子

加害者氏名 小石川 一郎

事故年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

証券番号 〇〇〇〇 受付番号 〇〇〇〇

連絡先 ※所在地・名称等を記入 担当者 ※名刺の写しを添付

〇〇県〇〇市〇〇町 1-1
〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇損害保険会社

担当者 名刺の写し

上記交通事故に関する医療費の支払いにつき、健康保険の適用をお願い申し上げます。

なお、適用後給付された医療費につきましては、健康保険法第57条による求償権の行使については、その条文の範囲内で本件交通事故と直接因果関係にあるものにつき、弊社が責任をもってお支払いすることを約し、後日の為、念書を差し入れます。

※念書の提出ができない場合は、その理由を書面にてご提出願います。