

念書及び同意書

事故発生 年月日	令和 年 月 日	事故発生場所	
被害者氏名 (被保険者氏名)		相手方氏名 (加害者氏名)	

私が上記第三者の不法行為により、国民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、国民健康保険法第64条第1項の規定によって全国土木建築国民健康保険組合（以下「保険者」という。）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、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって保険者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年月日、内容、金額(評価額)をまれなく、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
- 4 治療が終了した場合、速やかに保険者に連絡すること。
- 5 保険給付後に負傷原因が給付制限に該当すると判明した場合、保険給付した医療費を速やかに保険者へ返還すること。また、保険者が医療機関へ診療報酬明細書を返戻することに異議を申し立てないこと。

また、次の事項に同意します。

- 1 保険者が損害賠償請求額の算定を行うにあたり、私が受診した医療機関に対し、上記保険事故に係る診療状況、保険点数、事故外の傷病が含まれていないかなどの確認を行うこと。
- 2 組合が取得した加害者(損害保険会社等)に対する損害賠償請求権を行使する場合において、関係損害保険会社あてに保険金又は損害賠償額の支払等に関する照会を行い、回答を得ること及び加害者(損害保険会社等)に診療(調剤)報酬明細書等を請求資料として提出すること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

全国土木建築国民健康保険組合
理事長 様

※ 氏名欄は原則として被害者本人が記入、押印してください。ただし、被害者が未成年である場合は、親権者など法定代理人の方が記入、押印してください。