

念 書 (兼 同 意 書)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 [場所 ××県××市××町 1-1] において、
[加害者名 保険 一郎] の不法行為により [被害者名 健保 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、ブリヂストン健康保険組合が給付の価格の限度において取得し、行使、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、必ず前もって貴職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、遅滞なく届け出ること。
4. 自賠責保険に被害者請求する場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出て、了承を得ること。
5. 自身の加入する人身傷害補償保険に、自身の治療費について請求する場合、若しくは、自身の治療費を負担させる場合、その旨を事前に報告すること。

[被害者名 健保 花子] が被った傷病について、受診者の個人情報について、求償先に提供することに同意いたします。

健康保険組合が代位取得した保険給付限度内の損害賠償の求償手続きを相手方の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付にかかる診療(調剤)報酬明細書の写しを添付すること。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
被保険者等 記号 XXXX 番号 XXXXXX
住 所 ○○県○○市○○町 1 - 1
被保険者 氏名 健保 太郎 ⑩
電 話 XXX-XXXX-XXXX
被害者 氏名 健保 花子 続柄 長女

ブリヂストン健康保険組合
理事長 殿