

黄色の欄・個所を全てご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

(4)

念 書

(事故等発生日)

令和 年 月 日

(場所)

〇〇市 〇〇町 県道〇〇号付近

(加害者氏名)

において 第三 傷一

(被害者氏名)

の不法行為により 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、四国電力健康保険組合が給付の価額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、損害保険会社等へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写を活用することに同意します。

また、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）を漏れなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。
4. 保険診療と同一の治療について加害者側から賠償を受けたときは、貴組合からの請求にもとづき、保険診療に要した費用の範囲の額を返納すること。
5. 自賠責保険に被害者請求する場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出て、了承を得ること。

令和 年 月 日

被保険者 記号 4 0 0 0 番号 1 2 3 4 5 6 7

住所 〇〇市 〇〇町 〇〇〇 - 〇〇〇〇

氏名 健保 太郎

印

電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

被害者 氏名 健保 花子 続柄 妻

四国電力健康保険組合 殿