

## 念書兼同意書

平成30年8月13日に発生した事故において、私（被害者）（**健保大輔**）が被った被害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、貴組合が保険給付費の価格の限度において、取得行使し、かつ損害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. 加害者と示談を行う場合は、必ず事前に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. 加害者から金品を受領した時は、受領年月日・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. 加害者側に請求（自賠責保険等）する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること。
6. 人身傷害保険に請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること。
7. 保険会社もしくは加害者から保険金等を受領した場合、医療費および高額療養費等について貴組合の請求に基づき返還すること。

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、支払請求書一式に当該給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

NTT健康保険組合 理事長 殿

令和元年 5 月 1 日

被害者 住所 **東京都千代田区〇〇1-1-1**  
**〇〇〇パレス707号**  
氏名 **健保大輔**



被保険者 氏名 **健保太郎**



※署名捺印において、シャチハタ印鑑は不可です

※本人が署名捺印出来ない時は、その理由書を添付し、届出者が代理人として署名捺印のうえ提出してください。この場合、署名欄の被保険者を代理人に朱字訂正して下さい。

## 念 書 兼 同 意 書

年 月 日に発生した事故において、私（被害者）（ ）が  
被った被害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、貴組合が保険給付費の価格の限度において、取得行使し、かつ損  
害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. 加害者と示談を行う場合は、必ず事前に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. 加害者から金品を受領した時は、受領年月日・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. 加害者側に請求（自賠責保険等）する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること。
6. 人身傷害保険に請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること。
7. 保険会社もしくは加害者から保険金等を受領した場合、医療費および高額療養費等について貴組合の  
請求に基づき返還すること。

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、支払請求書一式に当該給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

N T T 健康保険組合 理 事 長 殿

年 月 日

住所  
被害者  
氏名 ⑩  
被保険者 氏名 ⑩

※署名捺印において、シャチハタ印鑑は不可です

※本人が署名捺印出来ない時は、その理由書を添付し、届出者が代理人として署名捺印のうえ提出してください。この場合、署名欄の被  
保険者を代理人に朱字訂正して下さい。