

念 書

年 月 日 (場所)

において (加害者氏名)

の不法行為により (被害者氏名)

の被った保険事故について、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条の規定によって大阪府農協健康保険組合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、損害保険会社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し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. 加害者と示談を行おうとする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年月日、内容、金額 (評価額) をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

年 月 日

住 所

被保険者名

㊞

被扶養者名

㊞

(※被扶養者がうけた事故であるときは連名でご記入下さい。)

大阪府農協健康保険組合理事長 殿