

## 念書 兼 同意書 (被保険者・被扶養者用)

●●年 ●●月 ●●日、(事故発生場所) 愛知県××市○○町南交差点 における相手方(氏名) 加害 一郎 との事故により、当方(受診者氏名) 健保 花子 の被った保険事故について健康保険法による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、健康保険法に基づき貴健康保険組合が取得行使しかつ賠償金を受領することに異議がないことを、ここに書面をもって誓約します。

なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方および当方が自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
2. 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
3. 相手方に白紙の委任状を渡さない。
4. 自賠責保険に対して被害者請求をする際は貴健康保険組合に事前連絡をする。また相手方から金品を受領した際は、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ延滞なく貴健康保険組合に申し出る。
5. 貴健康保険組合が保険会社等から4の情報の提供を受けることに同意する。
6. 当方が加入している損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。
7. 健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。
8. 個人情報の取扱について、貴健康保険組合が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で保険会社等から情報を受けまた情報を提供することについて **必須：被保険者欄のご記入・署名・捺印をお願いいたします。**
9. 治療完了の際は完了日を貴健康保険組合担当者に報告する。
10. 貴健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を、加害者の加入する損害保険会社等 **請求書** 類に当該保険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。

○○年 ○○月 ○○日

被保険者

住所 愛知県△△市□□町○-○-○○

健保 太郎

健保  
印

被扶養者

住所 愛知県△△市□□町○-○-○○

氏名 健保 花子

健保  
印

(受診者が未成年者の場合は、捺印不要)

\*健康保険組合から直接加害者宛に請求を行う場合が有ります。その場合は、今回提出するこれらの書面に記載された被害者情報が加害者に伝わる可能性があります。

そこで、被害者に係わる情報開示の意向を下記  のどちらか一つにチェック(レ)をお願いします。

全ての情報開示拒否  開示の拒否はしない

令和6年2月1日付「当該申し出を行うことにより加害者側に情報が伝わらないよう配慮されることを明示する」との厚生労働省からの指導に基づき、当健康保険組合は情報開示に係わる意向を書面にて確認することといたしました。