

## 念 書

平成 年 月 日 \_\_\_\_\_ (場 所) \_\_\_\_\_ (加害者)  
\_\_\_\_\_ の不法行  
(被害者氏名)

為により \_\_\_\_\_ 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 条の規定により、健保組合が給付の価格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、ここに書面を以って申し立てます。

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、必ず前もって貴組合にその内容を申し出る。
2. 加害者に白紙委任状を渡さない。
3. 加害者側から金品を受けたときは、受領月日・内容金額をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出る。

平成 年 月 日

文化シャッター健康保険組合 理事長殿

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、法律上の諸手続きに利用します。但し、業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」

上記の個人情報の利用目的並びに取扱について同意のうえ記入いたします。