

念書兼同意書

事故日 平成・令和 年 月 日発生

事故発生場所

傷病名

受診者（当組合加入者）氏名

受診者（当組合加入者）氏名

第三者（相手方）氏名

上記事故について健康保険給付を受けるにつき、健康保険法 57 条第 1 項の規定によって私の有する損害賠償請求権及び保険会社等に対する被害者請求権を貴組合が健康保険給付の価格の限度で取得し、損害賠償金を優先的に受領することに異議のないことを誓約します。

記

1. 自賠責責任保険及び任意保険等への請求に際し、診療報酬明細書（写）等を損害額の証明書類として添付することに同意すること。
2. 相手側と示談交渉をする場合は、必ず事前に貴組合にその内容について文書をもって申し出ること。
3. 相手側に示談条件を記入していない示談書、及び白紙委任状を渡さないこと。
4. 相手側から金品を受領した場合は、受領年月日・内容・金額（評価額）を漏れなくかつ、遅滞なく貴組合に申し出ること。
5. 自賠責責任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。
6. 自賠責保険、及び任意保険等への請求の有無及び残額調査について承諾すること。
7. 相手側不明の場合は、わかりしだい速やかに東京港健康保険組合に連絡すること。

令和 年 月 日

被保険者

住 所

電 話 番 号

氏 名

印

支 払 念 書

事故日 平成・令和 年 月 日発生

事故発生場所

傷病名

相手方 (第三者・甲)

健康保険で診療を受けた者 (被害者・乙)

自賠責証明書番号

保険会社名

上記事故に関し、貴組合の健康保険を使用するにあたり、本件事故に係わる健康保険給付費についてはその求償額を支払うことを誓約いたし、併せて自動車損害賠償責任保険で支払われる金銭を優先的に受け取ることを承知いたします。

令和 年 月 日

事故当事者 (第三者・甲)

住 所

氏 名 印

電話番号 - -

支 払 念 書

事故日 平成・令和 年 月 日発生

事故発生場所

傷病名

第三者 (加害者・甲)

健康保険で診療を受けた者 (被害者・乙)

上記事故に関し、貴組合の健康保険を使用するにあたり、本件事故に係わる健康保険給付費についてはその求償額を支払うことを、加害者代理人として誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

甲の所属する法人名称及びその代表者

印

電話番号 - -

担当者氏名 印

支 払 念 書

事故日 平成・令和 年 月 日発生

事故発生場所 _____

相手方 (第三者・甲) _____

健康保険で診療を受けた者 (被害者・乙) _____

上記事故に関し、貴組合の健康保険を使用するにあたり、本件事故に係わる健康保険給付費については、求償額を支払うことを誓約いたします。

令和 年 月 日

事故当事者 住所 _____
(第三者)

甲の氏名 _____ 印

電話番号 _____

第三者の
連帯保証人 住所 _____

続柄関係 () 氏名 _____ 印

電話番号 _____

※事故当事者が、未成年者等の場合は、必ず連帯保証人関係をご記入ください。