

(相手方用)

念 書

(事故発生場所)

年 月 日 地内において、私（当事者甲）
と健康保険被保険者・被扶養者（当事者乙）との間に発
生した交通（ ）事故による被保険者等の損害について、健康保険法により
保険給付を受けましたので、健康保険法第 57 条の規定により求償されたときは、直ち
にお支払いいたします。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険へ請求するときは、事前にその旨を報告します。
2. 健康保険被保険者等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合
にその内容を申し出ます。

年 月 日

住 所
当事者甲
氏 名 印

住 所
連帯債務者
氏 名 印

ユニプレス健康保険組合
理事長 様

(被保険者用)

念 書

(事故発生場所)

(相手方)

年 月 日

において、

との交通()

(当該給付を受けた者(ケガをした人))

事故により 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ましたので、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条の規定によって健康保険組合が保険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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴健康保険組合にその内容を申し出ます。
2. 相手方に白紙委任状を渡しません。
3. 相手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、かつ遅滞なく貴健康保険組合にお届けします。
4. 治療している医療機関を変更したときや治療が終了したときは、貴健康保険組合に遅滞なく申し出ます。

年 月 日

(当該給付を
受けた者)

住 所

氏 名

印

[当該給付を受けた者が被扶養者の場合]上記内容について承諾致します。

年 月 日

(被保険者)

住 所

氏 名

印

同 意 書

貴殿が上記によって被った傷病に対して受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第57条の規定により、当健康保険組合が保険給付の価額の限度において、貴殿が相手方に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、当健康保険組合が損害賠償額の支払請求を相手方の加入する損害保険会社等に行う際、請求に係る書類に当該保険給付に係る明細書(診療報酬明細書及び現金給付の明細書)の写しを添付すること、及び損害保険会社(任意保険、自賠責保険、その他共済を含む)等へ支払金額、補償内容、示談状況等について照会することになります。

以上の内容について私は同意します。

年 月 日

(当該給付を
受けた者が
同意のこと)

住 所

氏 名

印

ユニプレス健康保険組合

理事長 様

※ 当該給付を受けた者(ケガをした人)が未成年の場合は、被保険者が署名して下さい。