

(被保険者又は被扶養者が記入)

マルハン健康保険組合 理事長 殿

念 書 兼 同 意 書

事故発生日	令和 年 月 日
事故発生場所	
被害者氏名 (マルハン健康保険組合の加入者)	
加害者氏名 (事故の相手方)	

上記事故に関して、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及び保険会社等に対する被害者請求権を健康保険組合が給付の価額の限度で取得行使し、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、あわせて次の事項に同意します。

1. 健康保険組合が求償業務に関して必要な資料(診療報酬明細書等)を保険会社等に対して提出すること。
2. 相手方と示談を行う際は、必ず事前に健康保険組合へその内容を申し出ること。
3. 自賠責保険、自動車保険(任意保険)の請求に際し、健康保険組合から必要な書類の提出を求められたときは遅滞なく提出すること。
4. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
5. 相手方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申し出ること。
6. 自賠責保険に被害者請求する場合は、事前に健康保険組合に申し出ること。
7. 示談が成立している場合は、健康保険組合からの求めに応じ、遅滞なく示談書の控えを提出すること。
8. 上記のほか、健康保険組合が行う代位取得請求権の行使について協力すること。

令和 年 月 日

被保険者氏名 :

被保険者住所 :

連絡先 :

事故を被った方が被扶養者の場合

被保険者との続柄

被害者氏名 :

()