

念 書

年 月 日 (場所) において

(相手方) の不法行為により (本人又は家族) の

被った保険事故について、健康保険法による保険給付費を受けた場合は、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条の規定によってDM三井製糖グループ健康保険組合が給付の価額の限度内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、加害者等(損害保険会社を含む)へ医療費等の請求する際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写を使用することに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと
3. 加害者側から金品を受けた場合は、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。
4. 自賠償により請求する場合は事前に保険会社へ提出書類一式(記入済み)の写を貴組合に提出すること

年 月 日

DM三井製糖グループ健康保険組合

理事長 小原 誠 殿

住 所

被保険者氏名

被扶養者氏名

(被扶養者が受けた事故である時は連名でご記入ください)

確認欄

この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。

②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

念 書

(1) 事故発生年月日 _____ 年 月 日 時 分頃

(2) 事故発生場所 _____

上記事故について加害者 _____ は被害者 _____ に対して
負う損害賠償につき、被害者が健康保険法による保険給付を受けた場合は、その費用の全額
をDM三井製糖グループ健康保険組合に弁済することを誓約いたします。

_____ 年 月 日

DM三井製糖グループ健康保険組合

理事長 小原 誠 殿

住 所

加害者

氏 名

電 話

住 所

連帯保証人

(名 称)

氏 名

電 話

確認欄

この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。

②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

念 書

(1) 事故発生年月日 _____ 年 月 日 時 分頃

(2) 事故発生場所 _____

上記事故について加害者 _____ は被害者 _____ に対して
負う損害賠償につき、被害者が健康保険法による保険給付を受けた場合は、その費用の全額
をDM三井製糖グループ健康保険組合に弁済することを誓約いたします。

_____ 年 月 日

DM三井製糖グループ健康保険組合

理事長 小原 誠 殿

住 所

加害者

氏 名

電 話

(加害者が未成年の場合)

住 所

加害者の親権者

氏 名

電 話

確認欄

この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。

②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

念 書

年 月 日 (場所) において
私が起こした不法行為が原因で発生した保険事故により、 被害者 殿
が受けた保険給付費(医療費、現金給付費等)について、加害者である私が支払いをするのが
当然ですが、自動車損害賠償責任保険がありますので、
保険株式会社へ請求方、お願いいたします。

なお、自動車損害賠償責任保険、損害分120万円の限度額を超えた場合は、加害者である私が
貴健康保険組合よりの請求額全額を全責任をもって遅滞なくお支払いすることを誓約いたし
ます。

年 月 日

DM三井製糖グループ健康保険組合
理事長 小原 誠 殿

住 所

加害者

氏 名

電 話

(加害者が未成年の場合)

住 所

加害者の親権者

氏 名

電 話

確認欄

この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。

②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

