

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(保険料)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条に基づき健康保険組合が給付の価額の限度内において取得している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)の明記されている診療報酬明細書等の写を使用

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

**【訂正方法】**  
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。  
例： あいうえお かきくけこ(健保太郎)

**【重要】**  
必ず☑をお願いします。  
押印に変わる重要事項となります。

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

本念書は、第三者(相手側)に記入して  
いただき、提出して下さい。

住 居

加害者

氏 名

電 話

住 所

連帯保証人

**【重要】**  
必ず☑をお願いします。  
押印に変わる重要事項  
となります。

(名 称)

氏 名

電 話

**【訂正方法】**

●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、  
正しい内容と被保険者(または事業主担当者  
や証明者)の氏名(サイン)を記入してくださ  
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

本念書は、第三者(相手側)が未成年  
の場合に親権者に記入していただき、  
提出して下さい。

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

**【重要】**  
必ず☑をお願いします。  
押印に変わる重要事項  
となります。

### 【訂正方法】

●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、  
正しい内容と被保険者(または事業主担当者  
や証明者)の氏名(サイン)を記入してくださ  
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

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せん。  
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

本念書は、第三者(相手側)が自賠責  
保険に加入の場合に記入していただ  
き、提出して下さい。  
第三者(相手側)が未成年の場合は、  
下部も記入していただいでください。

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

**【重要】**  
必ず☑をお願いします。  
押印に変わる重要事項

**【訂正方法】**

●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、  
正しい内容と被保険者(または事業主担当者  
や証明者)の氏名(サイン)を記入してくださ  
い。

例： あいうえお かきくけこ(健保太郎)

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。