念書兼同意書

　　年　　月　　日、事故発生場所（　　）において、
相手方（　　）殿の不法行為により、受診者（　　）の
被った被害について健康保険法による保険給付を受けた場合は、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、貴組合が保険給付費の価額の限度において取得行使し、かつ損害賠償金を受領することに意義のないことをここに書面をもって申し立てます。
なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

１．加害者と示談を行う場合は、必ず事前に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．加害者から金品を受領したときは、受領年月日、内容、金額（評価額）を、もれなくかつ停滞なく貴組合に届け出ること
４．治癒又は症状が固定（後遺症認定）した場合は、速やかにその内容を申し出ること
５．私が自動車損害賠償責任保険（共済）に請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること
６．私が加入している人身傷害保険に、私（被扶養者）の損害について請求する場合は、事前に貴組合にその内容を申し出ること

なお、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に関する私（被扶養者）の情報を第三者（事故相手方・損害保険会社・医療機関等）に照会し、その照会内容について情報提供をうけること、また、支払請求書一式に、当該給付にかかる診療報酬請求明細書の写しを添付することに同意します。

レゾナック健康保険組合　理事長　殿

年　　月　　日

住所
被保険者
氏名　　㊞
＜シャチハタ㊞不可＞

※本人が署名捺印できないときはその理由書を添付し、届出者が代理人として署名捺印のうえ提出してください。この場合、署名欄の被保険者を代理人に朱字訂正してください。