

念 書

令和 年 月 日 (場 所) において (加害者氏名)
 (被害者氏名)
の不法行為により、 () の被った傷病について健康保険
による保険給付 (治療、傷病手当金等) 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67条の規定によって、
飯野健康保険組合が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、また、賠償を受けた後、賠償と同一事由の保険給
付を受けたり、保険給付と同一の事由の賠償金の請求権を放棄または、
その支払を免除した場合は給付の価額の限度で飯野健康保険組合に返
還することに異議のないことを、ここに書面をもって申立てます。

なお、あわせてつぎ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、必ず前もって、貴職にその内容を申
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、かつ遅滞なく届出ること。

令和 年 月 日

住所 _____
被保険者 氏名 _____ 印

住所 _____
被扶養者 氏名 _____ 印

続柄 _____

飯野健康保険組合
理 事 長 殿