

念 書（兼同意書）

私が、加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条により、キクチ健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、キクチ健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、キクチ健康保険組合が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

また、キクチ健康保険組合が保険給付又は損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後の傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかにキクチ健康保険組合に返還することに同意します。

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（保険会社・共済団体）と示談を行う場合は、必ず事前にその内容を申し出ること。
2. 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、速やかに届出ること。
4. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日 届出者（被保険者）

〒

住 所

氏 名

キクチ健康保険組合 殿