

念 書（兼同意書）

災害発生年月日	平・令 年 月 日	災害発生場所	
第一当事者（被災者）氏名		第二当事者（相手方）氏名	

1. 上記災害に関して、健康保険法による保険給付を請求するに当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴組合に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受け取った時は受領の年月日、内容、金額（評価額）等を漏れなく、かつ遅滞なく貴組合に連絡します。
2. 上記災害に関して、私が保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ）に対する被害者請求権を貴組合が、保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
3. 人身傷害保険から、自賠責に請求する場合、すみやかに貴組合へ連絡します。
4. 直接請求（被害者請求）をする場合、貴組合との競合とし、医療費を優先して、比例按分いたします。
5. 上記災害に関して私個人の情報及びこの念書（兼同意書）の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 貴組合が、私の保険の請求、決定及び給付（その見込みを含む）の状況等について私が保険金請求権を有する人身障害保険等取扱い保険会社（共済）に対して提供すること。
 - (2) 貴組合が私の保険の給付及び上記2の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）等）について保険会社等から提供を受けること。
 - (3) 貴組合が私の保険の給付及び上記の2業務に関して必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - (4) この念書（兼同意書）をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - (5) この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

愛知県信用金庫健康保険組合 御中

被保険者氏名_____ 印

被扶養者氏名_____ 印