

念 書 (被保険者・要介護者等)

私が下記事故で被った保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けたときは、国民健康保険法第64条第1項
介護保険法
高齢者の医療の確保に関する法律
介護
介護保険法第21条第1項
高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項

の規定により保険給付額の限度において、貴殿が相手方に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受
介護

領することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

- 1 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出ること。
- 2 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 相手方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、かつ延滞なく貴殿に届けること。
- 4 上記のほか、私が受けた保険(医療)給付について、市町(国保組合)・後期高齢者医療広域連合が加害者(保険会社等)へ損害賠償請求を行うにあたって、保険(医療)給付にかかる明細書等(診療報酬明細書等、介護保険給付費明細書等、主治医意見書等)を提出すること及び個人情報の取扱いについて同意すること。
- 5 貴殿が、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傷害補償保険等取扱保険会社(共済)に対して提供すること。
- 6 貴殿が、私の保険の給付及び代位求償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。
- 7 貴殿が、私の保険の給付及び代位求償の業務に関して必要な事項(保険給付額の算定基礎となる資料等)について保険会社等に対して提供すること。
- 8 この念書をもって6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。
- 9 この念書を保険会社等へ提示すること。

令和元 年 ○ 月 ○ 日

住 所 ○○県○○市△△ 1-1-8

氏 名 被保険者氏名

保険者名 全国歯科医師国民健康保険組合
(市町名)

代表者名 理事長 三塚 憲二 様

記

※被保険者が未成年の場合→親権者の名前を併記
※被保険者が死亡した場合→ご家族等の名前を併記
↓
被保険者本人が記名・押印できない理由も記載して
下さい。

事故発生年月日	※事故発生日をご記載下さい	
事故発生場所	※事故現場の住所をご記載下さい	
相手方	住 所	××県××市×× 6-4-8
	氏 名	×× ××
被 保 険 者 (医療受給者)	住 所	○○県○○市△△ 1-1-8
	氏 名	被保険者氏名