

様式第 10 号

念書

場 所

年 月 日 () において

相手方名

被害者名

() の不法行為により () の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場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定によって保険者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に異議のないことをここに申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守及び同意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その内容を申し出、承諾を得ること。
- 2 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 相手方側から金品を受けたときは受領年月日、内容金額（評価額）を直ちに届出ること。
- 4 転居したときは、直ちに届け出ること。
- 5 貴殿が、医療機関や損害保険会社から、交通事故に関する情報の提供を受けること。

年 月 日

市・町
組合理事 長殿

住 所

氏 名 印

*念書は被保険者（被害者）が作成します。

- あなたが事故の治療に国民健康保険を使用され、相手方が賠償すべき医療費を保険者が立替え払いしたので、その医療費を保険者が直接相手方に請求することに異議の無いことを確認するものであり、事故に関する情報取付について被保険者の同意を得る書類です。

- 被保険者（被害者）が未成年あるいは心神喪失者の場合は、親権者又は後見人が署名・捺印してください。