

被保険者(被害者)と保険者(市町村等)との確認書になります。

様式は国保用、後期高齢者用、介護保険用とありますので、お間違えのないようお気をつけください。

念書 (被害者側)

私が下記で被った事故について、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 項の規定により保険給付の限度において、貴職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、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の 1 から 3 までについては遵守することを誓約し、4 については同意します。

1. 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出、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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 本件事故に関する、損害額、事故態様、治療状況その他の個人情報を上記法令に基づく請求のために、貴職及び私が住所を有する市町村または貴職から委託を受けている岩手県国民健康保険団体連合会が取得、利用すること。

被害者が未成年者の場合は親権者の署名・捺印をお願いします。

年 月 日

住所：

氏名：

印

市 町 村
長 様
岩手県医師国民健康保険組合

記

交通事故の場合は、
交通事故証明書から転記してください。

事故発生年月日	年	月	日	午前・午後	時	分頃
事故発生場所						
相手方 (加害者)	住所					
	氏名					
被保険者 (被害者)	住所	※				
	氏名	※	申立人との続柄		※	

※申立人と被保険者が異なる場合のみ記入して下さい。