

(被保険者・被扶養者用)

念 書

(事故発生日) (場所)
令和 年 月 日、 _____ で発生した
(相手氏名) (被保険者又は被扶養者)
事故などにより、 _____ より _____ が
被った傷病の治療費を一旦、貴健保組合で立替えていただきたくお願いいたします。

なお、立替えていただいた治療費は、私が相手に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって、貴健保組合が給付の限度において取得し、かつ賠償金を受領することをここに書面をもって申し立てます。

また、貴健保組合が求償する際に、私の傷病に関する「診療報酬明細書」と関係書面の写しを相手側または自賠責保険会社・自動車保険会社などに提供することを同意します。

なお、あわせて、次の事項を遵守することを誓います。

1. 相手方と示談する場合は、必ず事前に貴健保組合に申し出ること。なお、示談が成立した場合は、「示談書」の写しを速やかに送付すること。
2. 相手側に「白紙委任状」などを渡さないこと。
3. 相手側から金品を受けたときは、受領年月日、金品の内容を洩れなくかつ遅滞無く貴健保組合に申し出ること。

以 上

令和 年 月 日

〒・住所

被保険者氏名 ⑩

TEL又は携帯番号

部署名・TEL

受診者氏名 (続柄)

SMBC ファイナンスサービス健康保険組合 理事長 殿