

念書兼同意書

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
被保険者又は被扶養者氏名		事故相手氏名	

- 上記事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - 事故相手と示談を行う場合は、必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。
 - 事故相手に白紙委任状を渡さないこと。
- 上記事故に関して、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健康保険組合が保険給付の価格の限度で取得し、損害賠償金を受領することについて同意します。
- 上記事故に関して私の個人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。
 - 健康保険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傷害保険等取扱い保険会社（共済）等に対して提供すること。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償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情報提供を受けること。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償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。
 - この念書兼同意書をもって上記事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等への同意を含むこと。
 - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

年 月 日

DMG 森精機健康保険組合理事長 殿

住 所

氏 名

印

事故を被った人が被保険者と異なる場合は

被保険者氏名

印

誓約書

_____年_____月_____日に発生した事故により治療中の

(被保険者又は被扶養者)_____殿の医療費につき貴健康保険組合の
立替払いをお願いいたします。

後日、貴健康保険組合より保険給付した価格において求償あるときは責任の限度に応じて優先し
てお支払いすることを誓約いたします。

年 月 日

DMG 森精機健康保険組合理事長 殿

(事故相手方) 住 所

氏 名

印

(連帯保証人) 住 所

氏 名

印

電 話

【連帯保証人について】

保険に加入している場合は、任意保険会社名、支店名、担当課名、担当者名、郵便番号、住所、
電話番号を記入してください。未加入の場合は記入不要です。