

## **誓約・同意書**

令和 年 月 日に(加害者 )から被った保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法第57条の規定によって健康保険組合が給付の価格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、ここに書面をもって申立てます。

また、損害保険会社等へ損害賠償支払請求を行う際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写しを活用することに同意します。

なお、私が損害保険会社等(自動車損害賠償責任保険含)へ請求をし、保険金を受領したときは、長瀬産業健康保険組合は受領金額並びにその内訳等、各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその内容について情報提供を受けることに同意します。また、本紙の写しも有効であることにも同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約・同意します。

- 1 加害者(保険会社・共済団体)と示談を行おうとする場合は、必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者(保険会社・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、速やかに届け出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。
- 5 本件に関する求償業務について、貴組合もしくは、貴組合の第三者行為求償業務事務の一部を委託している下記委託先から問合せがあるときは、自他保険会社も含めて回答することに同意いたします。

### **委 託 先**

業者名：株式会社医療情報システム  
TEL：06-6304-3468

令和 年 月 日

健康保険証記号 \_\_\_\_\_ ・ 番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)