

提出先：健保組合(大阪オフィス内)

サントリー健康保険組合 御中

## 念 書

〔記入にあたって〕

- ・ 下線の箇所に記入してください。
  - ・ 「被害者」とは、この事故による負傷者のうちサントリー健保の被保険者・被扶養者をいいます。  
また、「加害者」とは、被害者に対しての相手方(他人・第三者)をいいます。
- ※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます。

事故発生日 年 月 日、

事故発生場所 において

加害者名 の不正行為により

被害者名 の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条の規定によってサントリー健康保険組合が給付金額の限度において

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書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者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ます。
2. 加害者に白紙委任状を渡しません。
3. 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額(評価額)をまれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ます。
4. 自賠償保険に被害者請求をする場合は、必ず前もって貴職にその内容を届け出ます。  
また被害者に関して、事故発生状況・治療状況など求償に必要と認められる事項について、損害保険会社、医療機関に照会されること及び求償に際して、損害保険会社へ被害者の診療報酬明細書(レセプト)等の(写)を添付することを承諾します。

年 月 日 提出

被保険者 氏名：



被害者 氏名：

被保険者からみた続柄：

被保険者 住所： 〒