

電通健康保険組合
理事長 殿

同意書

私が加害者（ ○○ ○○ ）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条の規定により、貴健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社へ損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

あわせて次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者（保険会社）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）に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者（保険会社）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
4. 高額療養費または付加給付の請求及び受領については、給与口座へのチェックオンによる貴組合の自動支払制度を利用せず、損害賠償金額が確定した後に私が書面により請求すること。
5. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

○○ 1 年 6 月 1 日

届出者（被保険者）

住所 ××県××市××町×-××-××

氏名 電通 太郎

㊞

（注）本人が署名捺印できないときは、その理由書を添付し、届出者が代理人として署名捺印のうえ提出してください。