　　　　　　　　念　 　書

（場所）

　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　において

第三者（相手方氏名）　　　　　　　　　　　　（被害者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　の行為により　　　　　　　　　　　　　　　の被った傷病について、健康保険法の規定による保険給付を受けた場合は、私が第三者(相手方)に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定に基づき、東北薬業健康保険組合が給付の価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立てます。

　なお、併せて次の事項に対し同意し、遵守することを誓約します。

1. 任意保険等への請求に際し、診療報酬明細書（写）等を添付することに同意すること。
2. 加害者及び任意保険等への請求に際し、貴組合から必要な添付書類等の提出を求められた場合には、遅滞なく提出すること

3.第三者と示談を行う場合には、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ること。

4.第三者側に白紙委任状を渡さないこと。

5.第三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）をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。

6.組合が必要な時、「示談書」及び「後遺障害診断書」を貴組合に届け出ることについて承諾すること。

令和　 　年　 　月　 　日

被　害　者　　　氏 　名

住　　所　〒

☎

被 保 険 者 氏 　名

住　　所　〒

☎

仙台市青葉区五橋一丁目1番17号

東北薬業健康保険組合御中