

## 同意書

私が、加害者 \_\_\_\_\_ に対して有する損害賠償請求権は、法令(注1)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、次の事項に同意します。

- 1 健康保険組合が損害賠償額の支払い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等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領した時は、健康保険組合が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、損害保険会社等からその内容について情報提供を受けること。
- 3 健康保険組合が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 健康保険組合が保険給付又は損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その内容について情報を提供しまた受けること。

\*(上記事項の「健康保険組合」には健康保険組合が委託する事業者を含む)

### 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・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、金額をもれなくすみやかに届け出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療終了報告書を提出または、治療完了日を報告すること。

年 月 日

被保険者

住 所

氏 名

Ⓜ

署名又は  
記名押印

被扶養者

住 所

氏 名

Ⓜ

署名又は  
記名押印

(注1) 根拠法令 健康保険法 第57条

\*【委託先事業者】

〒103-0025 中央区日本橋茅場町3丁目4番2号  
ガリバー・インターナショナル株式会社 求償課 TEL 03-6778-2718