

誓約書

加害者
住所
氏名

被害者
住所
氏名

事故発生日時 年 月 日 時 分ごろ

事故発生場所

事故状況

上記第三者行為による事故のため貴組合被保険者（被害者）の被った災害に関する健康保険法に規定する保険給付費（治療費、傷病手当金等）については、加害者である私が責任を持って全額支払うことを誓約いたします。なおあわせて、つぎの事項を遵守します。示談を行おうとする場合は必ず前もって貴組合にその内容を申し出ます。

年 月 日

住所
誓約者
氏名

Ⓜ

デサント健康保険組合理事長 殿

念 書

年 月 日 (場所)

において

(甲 氏名) の行為により (乙 氏名)

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 甲に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第67条の規定によってデサント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。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 甲 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出ること。
2. 甲 に白紙委任状を渡さないこと。
3. 甲 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職に届出ること。

年 月 日

乙（被保険者） 住 所

氏 名

Ⓔ

デサント健康保険組合理事長 殿

デザート健康保険組合 御中

同 意 書

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。

年 月 日

被保険者・被扶養者（法定代理人）

住 所

氏 名

印

（未成年者等氏名： ）

（注）被扶養者が未成年者等の場合には法定代理人が記入してください。