

# 念

# 書

平成 年 月 日（事故発生場所： ）において  
（相手の名前： ）の不法行為により（貴方の名前： ）の  
被った保険事故について、国民健康保険法により受けた保険給付は、私が加害者に対し  
て有する賠償請求権を、国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定によって  
（保険者名： ）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ありません。

なお、併せて次の 1、2 及び 3 については遵守することを契約し、4 及び 5 については  
同意します。

- 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出承諾を  
得ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者から金品を受けた時は、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。
- 4 本件保険事故に関する診療報酬明細書の写しを、沖縄県国民健康保険団体連合会  
が損害保険会社等に提供すること。
- 5 本件保険事故により受診した医療機関等から、沖縄県国民健康保険団連合会が事故  
に関する診療状況等の情報の提供を受けること。

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

市長村長

国保組合理事長 \_\_\_\_\_ 殿