

## 念 書

私が下記事故で被った保険事故について、高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償権を高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定によって、広域連合長が給付の価額の限度において法律上に取得、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し立てます。

なお、あわせて次の1、2及び3の事項については遵守することを誓約し、4、5、6及び7の事項については同意します。

1. 相手方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し出ること。
2. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
3. 相手方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、かつ遅延なく貴職に届け出ること。
4. 貴職が、本件により受診した医療機関等から事故に関する診療状況等の提供を受けること。
5. 貴職が、損害賠償請求に関する必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から情報の提供を受けること、又損害賠償請求に関する必要な資料（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等へ提供すること。
6. この念書をもって1項～5項に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
7. この念書を保険会社等へ提示すること。

年 月 日

誓約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

記

事故発生日	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
事故発生場所				
相手方	住所			
	氏名			
被保険者	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※

(注) 2部複写し1部を返送してください。※欄は誓約者と被保険者が異なる場合のみ記入してください。