様式６号の１

念書兼同意書　（被保険者側）

私が被った下記の第三者行為に関し、国民健康保険法（高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法）による保険（医療、介護）給付を受けた場合は、国民健康保険法第 64 条第１項（高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第１項、介護保険法第 21 条第１項）の規定により保険（医療、介護）給付額の限度において、保険者等が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守及び同意することを書面をもって申し立てます。

１　加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者等にその内容を申し出、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、かつ遅滞なく保険者等に届け出ること。
４　当該事故の保険（医療、介護）給付及び代位求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳（その見込額を含む）等）について、保険会社等から保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が情報の提供を受けることに同意すること。
５　当該事故の治療（介護サービス）に関する診療報酬明細書等（介護給付費明細書等及び主治医意見書等）の写しを保険者等及び佐賀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に同意すること。
６　当該事故により受診した医療機関（介護サービスを受けた介護事業所）及び損害保険会社等から保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療（介護）状況等の情報の提供を受けることに同意すること。

被保険者側が
記名・押印

令　和　○○ 年　○○月　○○ 日

住　所　○市○町○番○号

氏　名　国保　太郎　　印

（保護者等）住　所

氏　名　　印

首長名

市町長 様
国保組合理事長 様
広域連合長 様
広域市町村圏組合長 様

記

事故発生日時	令和○○ 年　○○月　○○ 日　　午後　○○時　○○ 分頃			
事故発生場所	○○市○○町○○番○○号先路上			
加害者（運転者）	住所	□□市△△町○○丁目		
	氏名	相手　花子		
被害者（被保険者）	住所	※		
	氏名	※	同意者との関係	※　例）妻、息子

※印欄は同意者と被保険者が異なる場合のみ記入してください。

念書の記入方法

※第三者行為（交通事故等）の相手方へ請求するために大切な書類です。

１　記入年月日は必ず記入してください。

２　被保険者の住所、氏名の記入、押印をしてください。

３　保護者等欄は、被保険者が未成年者等の場合に記入してください。

４　事故発生日時、事故発生場所を記入してください。

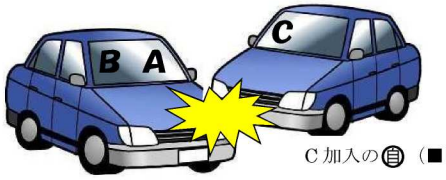
５　加害者（運転者）欄は、加害者（相手側）の住所、氏名を記入してください。

６　被害者（被保険者）欄は、被害者と同意者が異なる場合のみ記入してください。

※共同不法行為等で加害者が複数いる場合は、加害者ごとに提出してください。

例）同乗者である被保険者（A）が被害者の場合　※加害者２名
- ㊙被保険者（A）と㊥同乗運転者（B）を１枚
- ㊙被保険者（A）と㊥相手車運転者（C）を１枚

例）運転者である被保険者（B）が被害者の場合　※加害者１名
- ㊙被保険者（B）と㊥相手車運転者（C）を１枚



C 加入の㊟（■■保険会社）

B 加入の㊟（○○保険会社）