

念 書

事故日をご記入ください

平成〇〇年〇〇月〇〇日《場所》 事故証明書に記載されている発生場所 において
《加害者》 相手名 の不法行為により《被害者》 被保険者名及び被扶養者名 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、私が加害者に対し
て有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規程によって、大阪港湾健康保険組合が
給付の価額の限度において取得し、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、あわせて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 加害者と示談を行なおうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 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とったときは、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け出ること。
4. 被害者請求を行なう場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。

大阪港湾健康保険組合 理事長 様

記入日をご記入ください

平成 〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 負傷された方の住所をご記入ください

氏 名 負傷された方の氏名をご記入ください 印

負傷された方が未成年者の場合、親権者（被保険者）の氏名
をご記入ください