

(被保険者用)

## 念 書

(事故月日) (事故発生場所) (加害者名)  
令和 年 月 日 において、 の不正行為により

の被った事故について、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57条の規定によってマルハニチロ健康保険組合が給付の  
価額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  
し立てます。

なお、併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け出ること。

令和 年 月 日

マルハニチロ健康保険組合理事長 殿

(被保険者) 住 所

氏 名

㊞