

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令により村田製作所健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、村田製作所健康保険組合が損害賠償の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等（自動車損害賠償責任保険含）への請求をし、保険金を受領したときは村田製作所健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い損害保険会社等からその内容について情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。
- 5 本件に関する求償業務について、貴組合もしくは、貴組合の第三者行為求償業務事務の一部を委託している下記委託先より私に問い合わせがある時は、自他保険会社も含めて回答する事に同意いたします。

◆委託先◆

業者名：株式会社 医療情報システム

TEL：06-6304-3468

対象者：

年 月 日

住所

氏名

印

村田製作所健康保険組合 理事長 様