念　書　（兼同意書）　**＜記入例＞**

事故発生年月日	**９９**年**９９**月**９９**日	事故発生場所	**阿久比町……** **（場所がわかるように）**
被保険者氏名	**阿久比　花子**	相手方（第三者） 氏　名	**半島　一郎**

1　上記事故に関して、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権を、国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定によって　阿久比町　が給付の価額の限度において取得・行使し、かつ損害賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）に異議はありません。

2　上記事故に関して、　阿久比町　及び　同町　との委託契約に基づき愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。

（1）交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・念書（兼同意書）等の書類について、相手方へ提示または提出すること。

（2）保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。

（3）事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。

（4）この念書（兼同意書）をもって（2）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。

3　上記事故に関して、私が国民健康保険法による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。

（1）治療が完了したときは、必ず　阿久比町　に申し出ること。

（2）相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって　阿久比町　にその内容を申し出ること。

（3）相手方に白紙委任状を渡さないこと。

（4）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、かつ遅滞なく　阿久比町　に届け出ること。

９９　年　**９９**　月　**９９**　日

住　所　**阿久比町大字卯坂字殿越５０**

氏　名　**阿久比　花子**　　㊞

親権者　　㊞

阿久比町長　　殿

（注）被保険者が未成年または成年被後見人など法律行為を制限される場合は、親権者など法定代理人の方が署名してください。