

念 書

平成 年 月 日に(加害者) _____の不法行為により
(被害者) _____の被った保険事故について、地方公務員等共済
組合法による保険給付を受けたときは、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を
同法第50条の規定によって大分県市町村職員共済組合が給付の価格の限度におい
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。

あわせて、次の事項に同意し、遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、必ず事前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
つ遅滞なく届出ること。
- 4 大分県市町村職員共済組合がこの事故に関する損害賠償請求権を行使することを
目的に、診療報酬明細書等の写しを損害保険会社等に提供すること。
- 5 大分県市町村職員共済組合が、医療機関等並びに損害保険会社等から、この事故
に関する診療状況等及び支払状況等の情報提供を受けること。

平成 年 月 日

住 所 _____

組 合 員 氏 名 _____ (印)

被 扶 養 者 氏 名 _____ (印)

大分県市町村職員共済組合 理事長 殿

※ 被害者が被扶養者である場合は、組合員及び被扶養者の署名・捺印をしてください。