

様式第4-2号（介護保険用）

念 書

私が被った下記の保険事故について、介護保険法による介護給付を受けたときは、介護保険法第21条第1項の規定により、介護給付額の限度において、貴殿が相手方（第1当事者）に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項に同意し、遵守することを書面をもって申し立てます。

- 1 本件保険事故に関して介護給付をしたことを証明するもの（介護給付費明細書等）の写しを相手方及び損害保険会社等（第1当事者が契約する自賠責保険・自動車保険（共済）等をいう。以下同じ）に提供すること。
- 2 本件保険事故により介護サービスの提供を受けた介護保険事業者及び損害保険会社等から貴殿または宮城県国民健康保険団体連合会が事故に関する介護サービスの状況・診療状況及び診断書並びに後遺障害認定に関する書類（後遺障害等級認定票及び別紙）等の情報の提供を受けること。
- 3 相手方及び損害保険会社等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴殿に内容を申し出て承諾を得ること。
- 4 相手方及び損害保険会社等に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 相手方及び損害保険会社等から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をすみやかに届け出ること。
- 6 症状固定の診断が出た場合は、すみやかに貴殿に報告すること。
- 7 相手方及び損害保険会社等との交渉上必要が生じた際に、この念書の写しを相手方に提供すること。

● 年 ● 月 ● 日

申立人（被保険者）

住所 多賀城市中央●丁目●番●号

氏名 多賀城 太郎

印

※署名又は記名・押印

（市町村名） 長 殿

事故発生年月日	● 年 ● 月 ● 日		
事故発生場所	●●市●●●丁目●番●号		
第一当事者 （相手方）	住所	●●市●●●丁目●番●号	
	氏名	相手 花子	
第二当事者 （被保険者）	住所	*	
	氏名	*	申立人との関係
			*

誓約者が被保険者でない場合は、被害者（被保険者）欄に記載します。

（注） *印欄は申立人と被保険者が異なる場合に記入してください。