念　書（兼同意書）　（組合員用）　　給31

　　　　　　　　　　　　　　　　　　(発生場所)

令和　　年　　月　　日、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　において、

　（相手方氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(負傷した者)

　　　　　　　　　　　との事故により、　　　　　　　　　　　　の被った保険事故

について、

１．地方公務員等共済組合法による保険給付を受けるにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。

①　相手方と示談を行う場合は、必ず前もって貴職に連絡します。

1. 相手方に白紙委任状を渡しません。
2. 相手方から金品を受け取ったときは、受領の年月日、内容、金額（評価額）等を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に連絡します。

２．上記事故に関して私が地方公務員等共済組合法による保険給付を受けた場合は、同法第５０条の規定に基づき、私が有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ）に対する被害者請求権を愛知県都市職員共済組合が、保険給付の価格の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては異議ありません。

３．上記事故に関して、私の個人情報及びこの念書（兼同意書）の取扱いにつき、以下の事項に同意します。

①　貴職が、私の保険の請求、決定及び給付（その見込みを含む）の状況等について、私が保険金請求権を有する人身障害保険等取扱保険会社（共済）に対して提供すること。

1. 貴職が、私の保険の給付及び上記２の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）等）について保険会社等から提供を受けること。
2. 貴職が、私の保険の給付及び上記２の業務に関して必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等）について保険会社等に対して提供すること。
3. 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。
4. 診療報酬明細書の写し等及びこの念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　日

　愛知県都市職員共済組合理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　組合員証記号　　　　　　　番号

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（負傷者が被扶養者の場合）

　　　　　　　　　　　　　　　　負傷者氏名

* 被害者が被扶養者の場合は、被扶養者の署名をお願いします。