

(相手方用)

## 念 書

(事故発生) (場所)

平成 年 月 日、 \_\_\_\_\_ で発生した

(セディナ健保の加入者)

事故により、 \_\_\_\_\_ が被った傷病の治療費を一旦、貴健保組合で立替えていただきたく、お願いいたします。

なお、立替えていただいた治療費は、当事者間の過失割合により当方の過失相応分に対し貴健保組合から請求があった場合は、指定納付期限までに速やかに全額納付いたします。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓います。

1. 相手方と示談する場合は、必ず事前に貴健保組合に申し出ること。なお、示談が成立した場合は、「示談書」などの写しを速やかに提出すること。
2. 自動車損害賠償責任保険会社などへ請求するときは、事前にその旨を報告いたします。

以 上

第三者(損害賠償支払義務者)

平成 年 月 日

〒・住所

氏 名

又は携帯番号

連帯保証人 〒・住所

氏 名

<交通事故の場合は下記の記入ください>

第三者加入の損害保険会社

平成 年 月 日

会社名・部署名

〒・所在地

担当者名

セディナ健康保険組合 理事長 殿