

治療の状況

治療状況 (治療順)	①	医療機関名称		〇〇病院		
		所在地		大阪市〇〇区〇〇2-4-6		
		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・健保	
		通院	令和7年10月4日から 令和7年11月30日まで		自費・加害者負担・ 健保	
	②	医療機関名称				
		所在地				
		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・健保	
		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・健保	
	③	医療機関名称				
		所在地				
		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・健保	
		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・健保	
	④	医療機関名称				
		所在地				
		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・健保	
		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・健保	
後遺症		ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み				
現在の治療状況 (①～③のいずれかに○、記入をしてください)		① 現在も治療中 (年 月頃 治療終了予定)				
		② 令和7年11月30日 受診終了				
		③ 年 月 日 症状固定				

示談の状況

示談状況	示談が成立	交渉中	令和7年12月1日 現在	請求権を放棄した
	年 月 日	成立していない		年 月 日
		放棄した理由		

同意書

私が加害者 健康 一郎 に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条により、保険者 (i D A 健康保険組合) が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

- 健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 私が損害保険会社等への請求をし、保険金等を受領した時は、健康保険組合が受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその内容について提供を受けること。
- 健康保険組合が医療機関等に対して事故による診療とに関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 健康保険組合が保険給付または損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その内容について情報を提供しまた受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。
- 加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
- 加害者側から金品を受けたときは、受領日、内容、金額（評価額）をまれなく、すみやかに届出ること。
- 治療が完了した場合には、治療完了報告書を提出または、治療完了日を報告すること。

令和7年12月1日

負傷者（未成年の場合は親権者等）

住所 大阪府大阪市〇〇区〇〇1-2-3

氏名 健保 花子 ④

負傷者との関係 本人 ・ 親権者 ・ 法定代理人等

【相手方記入】

誓約書

令和7年10月4日（場所）大阪府〇〇市△△3-5 □□公園 において

（相手） 健保 太郎 様の被った 傷病の治療費等（休業補償を含む健康保険給付

について、貴組合が立て替えた治療費等は、貴組合から請求を受けたときは私が負う法律上の賠償責任の
限度（当方の過失相応分）で、責任をもって弁済することを誓約いたします。

また、あわせて次の事項を遵守いたします。

- 相手方と示談をする場合は、必ず前もって貴組合に申し出ること。
- 貴組合からの問い合わせ、資料請求等の依頼には、誠意をもって応じること。

以上

i D A 健康保険組合 理事長殿

令和7年12月20日

住所 大阪府大阪市□□区□□7-8-9

電話 090-0000-0000

氏名 健康 一郎

⑩

※当事者が未成年の場合は親権者