

念 書

平成 年 月 日（場所） _____ において、（相手氏名） _____ の不法行為により（組合員又は被扶養者） _____ の被った傷病について地方公務員等共済組合法による給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を同法第50条の規定によって横浜市職員共済組合が給付の価額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、次の事項を遵守することを誓約します。

- 1, 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって横浜市職員共済組合にその内容を申し出ること。
- 2, 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- 3, 相手方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、かつ遅滞なく横浜市職員共済組合に届け出ること。
- 4, 自動車損害賠償責任保険に被害者請求をする場合は、必ず前もって横浜市職員共済組合にその内容を申し出ること。
- 5, 傷病が完治、治癒、症状固定した場合は、必ず横浜市職員共済組合に申し出ること。

なお、横浜市職員共済組合が相手方側から賠償金を受領するにあたり、その賠償金の算定について確認するために必要な次の事項に同意します。

- ・ 相手方側（保険会社）へ必要な書類を提供すること
 - 1, 事故発生状況報告書
 - 2, 交通事故証明書
 - 3, 診療報酬明細書
 - 4, 念書の提示
- ・ 相手方側（保険会社）から必要な情報の提供を受けること
 - 1, 被害者の求償状況（人身傷害保険等を含む）
 - 2, 被害者が相手方側（保険会社）から受けた賠償内容

平成 年 月 日

（組合員） 住所

氏名

印

（被害者） 住所

氏名

印

横浜市職員共済組合理事長 様

（注）被害者が組合員本人であるときは、被害者欄のみ署名してください。

第5号様式（第2条）

（第三者（相手方）記入用）

念 書

平成 年 月 日（場所）_____において発生した傷病に対して横浜市職員共済組合が代位取得した損害賠償額（保健給付額）については、過失割合に応じて必ず履行いたします。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電 話 _____

事務代行者又は 住 所 _____

契約保険会社 氏 名 _____ 印 _____

電 話 _____

横浜市職員共済組合理事長 様