

念 書 (兼同意書)

災害発生 年月日	令和 年 月 日	災害発生 場 所	
第一当事者 (被災者)氏名		第二当事者 (相手方)氏名	

- 上記災害に関して、地方公務員等共済組合法による保険給付を請求するに当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職に連絡します。
 - 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - 相手方から金品を受け取った時は、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。
- 上記災害に関して、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、私の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市町村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。
- 上記災害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。
 - 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傷害保険等取扱保険会社（共済）に対して提供すること。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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

愛知県市町村職員共済組合理事長 様

記号 _____ 番号 _____

組合員氏名 _____ (印)

被扶養者氏名 _____ (印)

※ 被災者が被扶養者の場合は、被扶養者の署名捺印もお願いします。