

# 念書 兼 同意書

平・令 年 月 日(場所) \_\_\_\_\_において、  
(相手方氏名) \_\_\_\_\_との第三者行為により(組合員又は被扶養者氏名) \_\_\_\_\_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 条の規定によって大阪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つ  
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、必ず前もって大阪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、金額をもれなく、かつ遅滞なく大阪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、必ず前もって大阪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、必ず大阪市職員共済組合に申し出ること。

なお、大阪市職員共済組合が相手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）から情報の提供を受けること（必要な場合のみ）
  1. 組合員又は被扶養者への求償状況
  2. 組合員又は被扶養者が相手方側（保険会社）から受けた賠償内容

令和 年 月 日

(組合員) 住所

氏名

印

(受傷者) 住所

氏名

印

(あて先) 大阪市職員共済組合理事長

注1 被扶養者が未成年者等で法律行為を制限される場合は、親権者等が署名してください。

注2 受傷者が組合員本人であるときは、受傷者欄のみ署名してください。