**令和　　年　　月　　日**

**ライオン健康保険組合**

**常　務　理　事　殿**

**念　書**

**事故当事者（相手方）**

**〒**

**住　所**

**氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印**

**関与する保険会社**

**〒**

**住　所**

**名　称**

**責任者　　　　　　　　　　　　　　　印**

**令和　　　年　　月　　日の貴健康保険組合所属の　　　　　　　　　　殿との事故につき、貴組合が支払った保険給付金（医療費その他）について、貴組合の求償に応じ、必ずお支払いいたします。**

**以上**