同　　　意　　　書

浅川町長　　　　　　　様

　令和　　年　　月　　日　　　　　　（場　 所）　　　　　　 において、

（加害者名） の不法行為により （被害者名） の被った疾病又は負傷に

ついて、私が加害者に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により

保険者が保険給付の価格の限度において取得することになります。

　つきましては、保険者（注2）が損害賠償額の支払の請求を加害者に行うにあたり、保険者が医療機関に対して診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受けることに同意します。

あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

１．加害者と示談を行おうとする場合は、必ず事前にその内容を申し出る

こと。

２．加害者に白紙委任状を渡さないこと。

３．加害者から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、す

みやかに届出ること。

４．治療が完了した場合には治療完了日を報告すること。

　令和　　年　 月　　 日

届出者（被保険者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（注1）国民健康保険法第64条1項、高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項および介護保険法第21条1項

（注2）国民健康保険、後期高齢者医療および介護保険については、国民健康保険法第64条3項、高齢者の医療の

確保に関する法律第58条3項または介護保険法第21条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収又は収納の

事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※署名又は記名押印