

# 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

印

※署名又は記名押印

(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。