

同意書

平成・令和 年 月 日 (事故場所) _____ において

(加害者) _____ の不法行為により (被害者) _____ の被った

国民健康保険法による保険給付
保険事故について 高齢者の医療の確保に関する法律による医療給付 を受けた場合は、私が第三者に対して有する
介護保険法による介護給付

国民健康保険法第64条第1項
損害賠償請求権を 高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項 の規定によって、保険者・市町村が給付
介護保険法第21条第1項

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事に異議のないこと、並びに
下記の事項を遵守することを書面をもって同意します。

記

- 私が受けた保険（医療・介護）給付について、保険者・市町村及び国民健康保険団体連合会が、加害者（損害保険会社等）に損害賠償請求を行うために必要な範囲で、診療（調剤）報酬明細書、療養費支給申請書、介護給付明細書、主治医意見書及び介護認定調査票等を提供すること並びに損害保険会社等から業務に関して必要な情報の提供を受け、利用することを同意する。
- 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 第三者から金品を受けた時は、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届けること。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

_____ 市町村長・国保組合理事長
奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿

注) 被害者が未成年の場合は、親権者の記名・捺印が必要です。