

(被害者が記入)

(様式5号)

同意書

○年○月○日 _____ 〇〇市〇〇〇町三丁目2番15号地先 _____ において
加害次郎 の不法行為により 国保太郎 の被った

保険事故について、国民健康保険法による保険給付 _____ を受けた場合は、
高齢者の医療の確保に関する法律による医療給付 _____

私が第三者に対して有する損害賠償請求権を _____ 国民健康保険法第64条第1項
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 _____ が給付の価額の限度において取得し、行使し、
後期高齢者医療広域連合 _____

かつ賠償金を受領すること、及び下記の事項に同意いたします。

記

- 1 貴職が、第三者行為による傷病届等の関係書類（事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの）を損害保険会社等へ提出すること。
- 2 貴職が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、および損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。
- 3 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。
- 4 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 第三者から金品を受けたときは、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出ること。

○年○月○日

住所 〇〇市〇〇〇町四丁目5番11号地

氏名 国保太郎 ㊟

池田市長 様

注) 被保険者が未成年の場合は、親権者が同意書を差し入れてください。

◎非該当箇所を二本線で抹消してください。