

様式5 (第4条関係)

※通常請求用(損保会社等)

事故日を記入してください

同意書(被保険者用)

事故の発生場所を記入してください

加害者名を記入してください

令和〇年〇月〇〇日(宇治市宇治琵琶120番地付近)において

(**予防 二郎**)の第三者行為により(**介護 太郎**)の被った保険事故について、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律及び介護保険法による保険給付を受けた場合は、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項及び介護保険法第21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行使し、かつ賠償金を受領することに異議の無いことをここに書面をもって同意します。

被保険者名を記入してください

なお、次の事項を遵守することに同意します。

1. 第三者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 第三者から金品を受け取ったときは、受領年月日、内容、金額(評価額)を洩れなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 私が受けた保険(医療)給付について、保険者等及び保険者等から委任を受けた連合会(注)が、第三者(損害保険会社等)に損害賠償請求を行うにあたって、個人情報を含む保険(医療)給付に係る診療報酬明細書、調剤報酬明細書、介護給付費明細書及び柔道整復施術療養費支給申請書の写しを提出すること並びに損害保険会社等から業務に関する必要な事項について提出を受けることに同意します。

令和〇年〇月〇日

(被害者)

住所 宇治市宇治琵琶33番地

氏名 介護 太郎

介護印

(保険者等名)

宇治市長

印を忘れず押してください

*連合会(注)は、この求償事務の受託により知り得た個人情報は、法令等に則るとともに連合会規則等に基づき適正かつ厳正に取り扱う。

* (注)京都府国民健康保険団体連合会(個人情報保護管理者:事務局長(075-354-9011))