

念 書

被害者 - 被保険者
加害者 - 相手

事故年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	場 所	××郡××村〇-〇
被害者氏名	本 人 太 郎	加害者氏名	相 手 花 子

国民健康保険法による保険
 上記保険事故について、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、私が加害者に
介護保険法による保険

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 保 険 者
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 広域連合
介護保険法第21条第1項 市町村長

該当項目に✓

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ないことをここに
 書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、必ず前もって貴職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 加害者側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。
- 4 上記保険事故で被った保険（医療）給付について、貴職又は貴職から求償事務の委託を受けている群馬県国民健康保険団体連合会が加害者（損害保険会社等）へ損害賠償請求権を行使するに当たって、診療報酬明細書等（写）を請求資料として提出すること及び自賠責保険への残額調査等（回答含む）について同意いたします。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

記入日を記載

署名・捺印

日付、住所、氏名を御記入下さい。
 ※御本人の住所、氏名です。

被害者（本人）が未成年及び心神喪失者等の場合は、監督義務者及び監督者の署名、捺印とする。

住 所 〇〇郡〇〇村〇-〇

氏 名 本 人 太 郎



市 町 村 長
 国保組合理事長
 後期高齢者医療広域連合長

嬭恋村長 熊川 栄 様