委任状兼同意書

（別　紙）

事故発生年月日	平成・令和　年　月　日	事故発生場所	
受給者氏名		第三者氏名	
公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号	

上記事故に係る「　　市・町福祉医療費助成条例」に基づく福祉医療費について、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権に関して助成の価額の限度において相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）を　　市・町長に委任します。

また、　　市・町長が求償事務を兵庫県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。

上記事故に関して、私が　　市・町による　　医療費助成を受けるに当たり、下記の事項に同意します。

1　貴職が、第三者行為による関係書類（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、及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)を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
6　兵庫県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項
(1) 第三者行為による関係書類（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) 保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及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。

令和　　年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

市　・　町　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。