

様式 6 号の 2

【福祉医療費】

念書兼同意書 (被保険者側)

私が被った下記の第三者行為に関し、福祉医療費の助成に関する条例による助成を受けた場合は、助成の額の限度において、私が加害者に対する損害賠償請求権を市町が取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守及び同意することを書面をもって申し立てます。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって市町にその内容を申し出、承諾を得ること。
- 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、かつ遅滞なく市町に届け出ること。
- 4 当該事故にかかる福祉医療費の助成及び代位求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳（その見込額を含む）等）について、保険会社等から市町及び佐賀県国民健康保険団体連合会が情報の提供を受けることに同意すること。
- 5 当該事故の治療に関する診療報酬明細書等の写しを市町及び佐賀県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供することに同意すること。
- 6 当該事故により受診した医療機関及び損害保険会社等から市町及び佐賀県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けることに同意すること。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(保護者等) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※署名又は記名・押印

\_\_\_\_\_ 市町長 様

記

事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
事故発生場所				
加 害 者 (運 転 者)	住 所			
	氏 名			
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所	※		
	氏 名	※	同意者との関係	※

※印欄は同意者と被保険者が異なる場合のみ記入してください。