

## 委任状兼同意書

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
受給者氏名		加害者(第三者) 氏 名	
公費負担者番号		公費負担医療の 受給者番号	

- 1 上記事故に係る「〇〇市町村〇〇医療費の助成に関する条例」に基づく医療費について、私が加害者（保険会社・共済団体）に対して有する損害賠償の請求に関して、助成の価額の限度において加害者（保険会社・共済団体）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。）を〇〇市町村長に委任します。  
また、〇〇市町村長が求償事務を徳島県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。
- 2 上記事故に関して、徳島県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な次の事項に同意します。
  - (1) 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・委任状兼同意書等の書類について、加害者（保険会社・共済団体）へ提示または提出すること。
  - (2) 事故の原因、内容、損害・責任の程度、治療状況等及び損害保険会社等からの支払状況や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) この委任状兼同意書をもって求償事務に関する損害保険会社等への同意を含むこと。
- 3 上記事故に関して、私が〇〇市町村による福祉医療助成を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
  - (1) 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること
  - (2) 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
  - (3) 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届け出ること。
  - (4) 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

親権者等 \_\_\_\_\_

※署名・押印

〇〇市町村長 殿

(注) 受給者が未成年者または成年被後見人等の法律行為を制限される場合は、親権者等の法定代理人の方が署名・押印してください。