

様式第 5 号(国民健康保険)

念 書

年 月 日()において()の不法行為により()の被った保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害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 項及び市(町村)医療福祉費支給に関する条例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 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 本件保険事故について、貴職または貴職から求償事務の受託を受けている茨城県国民健康保険団体連合会が損害賠償請求権を行使するに当たって、私の個人情報を取得、利用すること及び請求資料として診療報酬明細書(写)等の提出、自賠責保険への残額の調査等について同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

市 町 村 長

殿

国保組合理長