

## 同 意 書

私が加害者 に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第64条第1項により、保険者である鹿沼市が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

- 1 保険者（注）が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額及びその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合は、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行う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、金額を漏れなく、速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

受診者

住所

氏名

（印）

※署名又は記名押印

代筆者（受診者が未成年の場合等、同意者と受診者が異なる場合のみ記入）

住所

氏名

（印）

※署名又は記名押印

受診者との関係

（注）国民健康保険法第64条3項及び第4項の規定に基づき、損害賠償金の徴収又は収納の事務を委託されている都道府県及び国民健康保険団体連合会を含みます。