様式 10 号　　【 国民健康保険用 】

念　書（兼 同意書）

事故発生年月日	平成　　年　　月　　日		
被保険者氏名		相手者（第三者）氏名	
事故発生場所			

（確認事項）

1　上記事故に関して、私が相手者（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を、国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定によって　小郡　（市･町･村･組合）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（以下「求償事務」という。）。

上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して　小郡　（市･町･村･組合）に支払われること。

（同意事項）

2　上記事故に関して、　小郡　（市･町･村･組合）及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。

(1)保険事故に関する損害賠償請求権行使（国民健康保険法第 64 条第 1 項）の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。

(2)保険事故により受診した保険医療機関等から、保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けること。

(3)保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けること。

（遵守事項）

3　上記事故に関して、私が国民健康保険法の法律による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。

(1)治療が完了したときは、必ず　小郡　（市･町･村･組合）に申し出ること。

(2)保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって　小郡　（市･町･村･組合）にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。

(3)相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

平成　　年　　月　　日

住　所

氏　名　　印

親権者　　印

小郡　　市　町　村

国保組合理事　　長　殿

（注）被保険者が未成年者･その他法律行為を制限される場合は、親権者･その他法定代理人の方が署名してください。