

念

書

年 月 日 _____ において

_____ の不法行為等により _____ の被った

国民健康保険法による保険給付
保険事故について高齢者医療確保法による医療給付を受けた場合は、私が第三者に対して有
介護保険法による介護給付

国民健康保険法第64条第1項 保 険 者
する損害賠償請求権を高齢者医療確保法第58条第1項の規定によって市 町 村
介護保険法第21条第1項 後期高齢者医療広域連合
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に異議のないこ
とをここに書面をもって申し立てます。

つきましては、次の事項について同意します。

- 1 貴職が、賠償金の請求にかかる事務を鳥取県国民健康保険団体連合会に委託し、次に掲げる書類を提供すること。
 - ア) 診療報酬明細書等（診療報酬明細書、調剤報酬明細書、各種療養費支給申請書、介護給付費明細書、支援費支給関係情報等を含む。）の写し
 - イ) 介護度の認定に関する書類（主治医意見書等）の写し
 - ウ) 交通事故等犯罪被害を被った事実及びその内容がわかる書類
- 2 貴職又は鳥取県国民健康保険団体連合会（以下「貴職等」という。）が賠償金の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に前項に掲げる書類を添付すること。
- 3 私が損害保険会社等へ賠償金等の請求をし、それを受領したとき、貴職等が受領金額並びにその内訳等の各種情報について損害保険会社等に照会を行い、情報提供を受けること。
- 4 貴職等が医療機関等に対して当該事故による診療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。

あわせて、次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 第三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 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三者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。

年 月 日

住 所
氏 名



様

(注) 被保険者が未成年者の場合は、親権者が念書を差し入れてください。
第三者が複数の場合、全員を実名表記してください。