個人情報保護の同意書も兼ねています。
内容をご確認ください。

念　　書

事故日

○○年 ○○月 ○○日 ＿＿＿＿＿＿＿＿沼津市○○町○番○号＿＿＿＿＿＿＿＿ において

事故発生場所

＿＿＿＿＿＿国 保 太 郎＿＿＿＿＿＿ の不法行為により ＿＿＿＿沼 津 花 子＿＿＿＿ の被った

相手方　　あなた

保険事故について 国民健康保険法 / 介護保険法 / 高齢者の医療の確保に関する法律 / 指定公費負担医療に係る軽減特例措置 による給付を受けた場合は、私が

第三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 / 介護保険法 第21条第1項 / 高齢者の医療の確保に関する法律 第58条第1項 / 指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱 の

規定によって 保険者（国保 / 高齢者医療広域連合） が給付（支給）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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1　治療が完了したときは、必ず貴職に申し出ること。
2　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。
3　第三者に白紙委任状を渡さないこと。
4　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。
5　本件保険事故に関し、損害額、事故態様、に基づく請求のために、貴職または貴職から康保険団体連合会が取得、利用することに同

（注）未成年の場合は、親権者が記入してください。

署名又は記名・押印をお願いします。

令和○○年 ○○月 ○○日

記入日を記載してください。

住　所　沼津市○○町○番○号

氏　名　沼 津 花 子　　印

※署名又は記名・押印

（宛先）沼津市長　殿

（注）被保険者が未成年の場合は、親権者が念書を差し入れてください。