

被害者側が作成する書類で、被保険者と後期高齢者医療広域連合との確認書になります。国民健康保険及び介護保険は別様式になります。

念 書(被害者側)

私が下記で被った保険事故について、後期高齢者医療による医療給付を受けたときは、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定により医療給付の限度において、貴職が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、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1から3までについては遵守することを誓約し、4については同意します。

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、承諾を得ること。
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)をまれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 本件医療事故に関する、損害額、事故態様、治療状況その他の個人情報を上記法令に基づく請求のために、貴職及び私が住所を有する市町村または貴職から委託を受けている岩手県国民健康保険団体連合会が取得、利用すること。

平成 年 月 日

住 所
氏 名 印

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

被害者が未成年等の場合は、親権者の署名・押印をしてください。

事故発生日	平成	年	月	日	時	分	頃
事故発生場所	交通事故証明書より転記してください。						
加害者 (運転者)	住所						
	氏名						
被害者 (被保険者)	住所	※					
	氏名	※	申立人との 続柄	※			

※印欄は申立人と被保険者が異なる場合のみ記入して下さい。