

様式第5号(第4条関係)

念 書

年 月 日()において、加害者()の不法行為により加害者()の被った事
国民健康保険法 保険給付
故について 高齢者の医療の確保に関する法律 による 医療給付 を受けた場合は、私
介護保険法 介護給付

国民健康保険法第64条第1項
が加害者に対して有する損害賠償請求権を 高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項
介護保険法第21条第1項
の規定により 保険者
広域連合 が給付の価額の限度において取得し、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、あわせて次の事項を遵守します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、あなたにその内容を申し出ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をあなたに届け出ること。
- 4 本件事故に関し、損害額、事故態様、治療状況その他の私の個人情報を上記法令に基づく請求のために、取得、又は利用することに同意します。

保 険 者
広域連合 長様

年 月 日

住所

氏名

注 交通事故以外も、これに準ずる。