# 念　　書

令和　　年　　月　　日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の不法行為により＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の被った

保険事故について　国民健康保険法<br>介護保険法<br>高齢者の医療の確保に関する法律<br>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<br>介護保険法第21条第1項<br>高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項<br>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<br>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。

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、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、貴職または貴職から求償事務の委託を受けている静岡県国民健康保険団体連合会が取得、利用することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　所

氏　名　　印

（宛先）静岡市長

（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。