

第三者行為損害賠償に係る「指定公費負担医療」委任状兼同意書

事故等発生年月日	年 月 日		
被害者氏名		第三者(相手方) 氏 名	

1. 上記事故等において、私が第三者(加害者及び損害保険会社、以下同じ。)に対して有する損害賠償請求権に関して、指定公費負担医療費(70歳代前半の国民健康保険被保険者等に係る一部負担金等の軽減特別措置対象者)に基づき、国(公費)が負担した価額の限度において、第三者に請求し、かつ、賠償金を受領すること(以下、「求償事務」という。)を国に委任すること及び国から委任を受けた当該国民健康保険の保険者へ委任します。
また、当該国民健康保険の保険者が求償事務を、京都府国民健康保険団体連合会に委任することに同意します。
その上で、保険者が第三者から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

2. 上記事故等の損害賠償請求に関して、次の事項を遵守することに同意します。

(1) 相手方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) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。

(3) 相手方から金品を受け取ったときは、受領年月日、内容、金額(評価額)を洩れなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

(4) 私が受けた保険給付等について、市町村等が第三者に損害賠償請求を行うにあたって、個人情報を含む保険給付に係る診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び柔道整復施術療養費支給申請書等を提出すること並びに第三者から業務に関する必要な事項について提出を受けることに同意します。

年 月 日

(保険者名)

様

(被害者)

住所

氏名

印

※未成年の場合は親権者

国民健康保険の保険者から、第三者行為損害賠償求償事務を委任された上記被害者が、指定公費負担医療費の該当者であることから、京都府国民健康保険団体連合会理事長を代理人と定め上記の権限を委任いたします。

年 月 日

京都府国民健康保険団体連合会 理事長 様

(委任保険者)

所 在 地

代表者氏名

印

* 連合会は、この求償事務の受託により知り得た個人情報及び特定個人情報を法令等に則るとともに、連合会の規則等に基づき適正かつ厳正に取り扱います。