

# 同意書

令和 年 月 日

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合  
理事長 石川 隆司 殿

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第 64 条 1 項および国民健康保険法第 64 条第 1 項、第 3 項及び第 4 項により、保険者が保健給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者等(損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている都道府県及び国民健康保険団体連合会を含む)が損害賠償額の支払の請求を加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付する事に同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が 70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等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。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

(被保険者)

(代理人)

住 所

代理人住所

氏 名

Ⓜ

代理人氏名

Ⓜ

※署名又は押印

※署名又は押印

電 話

( )

電 話

( )

本人との関係

代理理由