念　　　書（被害者側）

私が下記で被った事故について、後期高齢者医療制度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、貴職が相手方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．　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、承諾を得ること。

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。

４．　本件事故に関する、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。

　　年　　 月　　日

住所：

氏名：　　　 　　　　　　　　㊞

岩手県後期高齢者医療広域連合長　様

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事故発生年月日 | 　　　年　　　月　　　日　　午前・午後　　　時　　　分頃 |
| 事故発生場所 |  |
| 相手方（加 害 者） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 被保険者（被　害　者） | 住　所 | ※ |
| 氏　名 | ※ | 申立人との続柄 | ※ |

※申立人と被保険者が異なる場合のみ記入して下さい。