

京都市介護保険同意書

様式5(第4条関係)

事故の発生年月日を記入してください。

同意書(被害者用)

事故の発生場所を記入してください。

令和2年 4月 10日(烏丸通り2丁目交差点)において

(交通 三郎)の不法行為により(京都 太郎)の被った保険事故について、

国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律及び介護保険法による保険給付を受けた場合は、

加害者氏名を記入してください。

有する損害賠償請求権を国民健康保険法第64条第

事故で被害を受けた被保険者名を
記入してください。

関する法律第58条第1項及び介護保険法第21条第1項の規定によって

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無いことをここに書面をもって同意します。

なお、次の事項を遵守することに同意します。

1. 加害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。
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(医療)給付について、保険者等が、加害者(損害保険会社)に損害賠償請求を行うにあたって、個人情報を含む保険(医療)給付に係る診療報酬明細書、調剤報酬明細書、介護給付費明細書及び柔道整復施術療養費支給申請書を提出すること及び損害保険会社等から業務に関して必要な事項について提出を受けることに同意します。

令和2年 4月 20日

(被害者)

・被害者(被保険者)が住所、氏名を記入してください。
・認印(シャチハタ不可)を押印してください。

同意書を記入した日を記入
してください。

住所 京都市中京区〇〇〇

氏名 京都 太郎 

京都市長 様

* 連合会は、この求償事務の受託により知り得た個人情報は、法令等に則るとともに連合会規則等に基づき適正かつ厳正に取り扱う。