

念 書

事故年月日	平・令 年 月 日	場 所	
被害者氏名		加害者氏名	

上記保険事故について、福祉医療費の支給に関する条例による福祉医療費の支給を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を市町村長が支給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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、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 加害者側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 上記保険事故で被った福祉医療費の支給に関する条例による福祉医療費の支給について、貴職又は貴職から求償事務の委託を受けている群馬県国民健康保険団体連合会が加害者（損害保険会社等）へ損害賠償請求権を行使するに当たって、診療報酬明細書等（写）を請求資料として提出すること及び自賠責保険への残額調査等（回答含む）について同意いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊞

市 町 村 長

様