

別添 2

負傷した年月日を記載する。

念 書

平成〇〇年〇〇月〇〇日(負傷の場所)において(加害者氏名)
の不法行為により(被害者氏名)の被った負傷について、後期高齢者医療制度の
給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償権を高齢者の医療の確保に関
する法律(昭和57年法律第80号)第58条第1項の規定によって茨城県後期高齢者医
療広域連合が給付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 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿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、
かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。
- 4 本件保険事故について、貴殿又は貴殿から求償事務の委託を受けている受託者が損
害賠償請求権を行使するにあたって、私の個人情報を取得、利用すること及び請求資
料として診療報酬明細書(写)等の提出、自賠責保険への残額の調査等について同意
します。

届出日を記載する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

被害者(被保険者)の住所・氏名
の署名及び捺印とする。

住 所 〇〇〇
氏 名 広城 太郎

広
城
印

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様