福祉医療用：第三者求償事務に係る委任状兼同意書

委任状兼同意書

事故発生年月日	年　　月　　日	事故発生場所	
被保険者氏名		相手方(第三者) 氏　　名	

1　上記事故に係る「　　条例」に基づく福祉医療費について、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権に関して助成の価格の限度において相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）を　新城市長　に委任します。

また、　新城市　が求償事務を愛知県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。

2　上記事故に関して、愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。

（１）交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・委任状兼同意書等の書類について、相手方へ提示または提出すること。

（２）保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。

（３）事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。

（４）この委任状兼同意書をもって（２）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。

3　上記事故に関して、私が　新城市　による福祉医療給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。

（１）治療が完了したときは、必ず　新城市　に申し出ること。

（２）相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって　新城市　にその内容を申し出ること。

（３）相手方に白紙委任状を渡さないこと。

（４）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　新城市　に届け出ること。

年　　月　　日

住　所

氏　名

親権者

新　城　市　長

（注１）受給者（子ども医療の場合は、対象となる「子ども」）が未成年または成年被後見人など法律行為を制限される場合は、親権者など法定代理人の方が署名してください。

（注２）委任状兼同意書の提出にあたり、市町村は本人確認を行うこと。