

【 重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療用 】

直方市医療費助成「重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療」の
損害賠償請求権に関する委任状

事故発生年月日	年 月 日		
被 害 者 名		相手者（第三者）名	
事故発生場所			

上記事故に関して、私は相手者（保険会社等を含む。）に対して有する損害賠償請求権のうち、直方市が医療費助成を行った「重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療」については、直方市が相手者に対する損害賠償請求権を代位取得し、「重度障がい者医療費・子ども医療費・ひとり親家庭等医療費」の請求と受領及び復代理を選任する権限（直方市が請求事務を福岡県国民健康保険団体連合会に委託すること）を直方市に委任します。

令和 年 月 日

住所

氏 名 _____ 印 _____

親権者 _____ 印

直方市長 殿

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される
場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

念 書（兼 同意書）

事故発生年月日			
被保険者氏名		相手者（第三者）氏名	
事故発生場所			

（確認事項）

- 1 上記事故に関して、私が相手者（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を、直方市（子ども・重度障がい者・ひとり親家庭等）医療費の支給に関する条例第 10 条の規定によって 直方市 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（以下「求償事務」という。）。
上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、直方市（子ども・重度障がい者・ひとり親家庭等）医療費の支給に関する条例第 10 条の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して 直方市 に支払われること。

（同意事項）

- 2 上記事故に関して、直方市 が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使（直方市（子ども・重度障がい者・ひとり親家庭等）医療費の支給に関する条例第 10 条）の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者が損害保険会社等に対して使用すること。
 - (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、保険者が事故に関する診療状況等について説明を受けること。
 - (3) 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者が情報を受けること。

（遵守事項）

- 3 上記事故に関して、私が直方市（子ども・重度障がい者・ひとり親家庭等）医療費の支給に関する条例第 10 条による保険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 直方市 に申し出ること。
 - (2) 保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって 直方市 にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
 - (3) 相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく保険者に届けること。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

親権者 _____ 印

直 方 市 長 殿

（注）被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される
場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。