

念 書

元号〇〇年〇〇月〇〇日〇市〇丁目〇番地において**広域 太郎**の不法行為により**給付 次郎**の被った保険事故について高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保険給付を受けた場合、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定によって石川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代位取得し、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立てます。

なお、併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、必ず前もって貴職にその内容を申出ること。
- 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出ること。

また、貴職またはその委託するものが、上記法令に基づく請求のために必要な範囲で適正に、私の個人情報を次のとおり取り扱うことに同意します。

- 1 私が受診した医療機関等から、診療状況等の情報の提供を受けること。
- 2 損害保険会社等から、事故様態、診療状況、私が受領した金額・内訳（その見込みを含む。）及びその他必要な情報の提供を受けること。
- 3 損害賠償請求を行うにあたって、診療報酬明細書等の写しを加害者の加入する損害保険会社等へ提供すること。

元号 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住 所 **石川県〇〇市〇〇丁目〇番地**

氏 名 **給 付 次 郎** 印