

## 委任状（兼 同意書）

事故発生年月日			
受給者氏名		相手者（第三者）氏名	
事故発生場所			

### （委任事項）

- 1 上記事故に関して、私は相手者（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のうち、北九州市が医療費助成を行った子ども医療・ひとり親家庭等医療・重度障害者医療を（以下「福祉医療」という。）については、北九州市が相手方に対する損害賠償請求を代位取得し、福祉医療費の請求、受領及び復代理を選任する権限（北九州市が請求事務を福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に委託すること）を北九州市に委任します。

### （同意事項）

- 2 上記事故に関して、北九州市及び国保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)上記事故に関する資料として、診療報酬明細書等の写しを北九州市及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
  - (2)上記事故により受診した保険医療機関等から、北九州市及び国保連合会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)上記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、北九州市及び国保連合会が情報を受けること。

### （遵守事項）

- 3 上記事故に関して、私が福祉医療の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、必ず北九州市に申し出ること。
  - (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、必ず前もって北九州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、遅滞なく北九州市または国保連合会に届けること。

令和 年 月 日

受給者

住 所

氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

代理人

印

（自署の場合は押印不要）

北九州市長 様

（注）受給者が未成年者・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。