

様式第5号

## 念 書

年 月 日 ( ) において、加害者  
( ) の不法行為により被害者 ( ) の被った

~~国民健康保険法~~ ~~保険給付~~  
事故について ~~高齢者の医療の確保に関する法律~~ による ~~医療給付~~ を受けた場合は、私が  
~~介護保険法~~ ~~介護給付~~

~~国民健康保険法第64条第1項~~  
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  
~~介護保険法第21条第1項~~

~~保険者~~  
規定により ~~広域連合~~ が給付の価額の限度において取得し、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します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、あなた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 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をあなたに届け出ること。
- 4 本件事故に関し、損害額、事故態様、治療状況その他の私の個人情報を上記法令に基づく請求のために、取得、または利用することに同意します。

~~保険者~~  
長様  
広域連合

年 月 日

住所  
氏名

印