

念 書

事故年月日

事故発生場所

令和 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
負傷について、国民健康保険法による保険給付を受けた場合は、私に加害者に対して有する損害賠償請求権を国民健康保険法第64条第1項の規定により、保険者(奥尻町)が給付の価格の限度において取得、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確約します。

なお、奥尻町が上記の請求事務を行うにあたり、加害者(保険会社等)に対して本件の被害者の個人情報を提供することについても承諾します。

また、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者が判明した際には、速やかに届け出ます。
2. 加害者に白紙委任状を渡しません。
3. 加害者側から損害賠償を受けたときは、受領年月日、内容、金額等を申し出ます。
4. 限度額適用認定証、又は標準負担額認定証を使用した場合は、過失割合が決定しても奥尻町から連絡があるまで加害者(保険会社等)から医療費の自己負担分を受け取りません。

奥尻町長 殿

令和 年 月 日

住所
被害者本人
氏名 印

住所
世帯主
氏名 印