坂井地区広域連合　御中

※　〇〇市町　〇〇介護保険広域連合　等

（保険者名※を記載ください）

同　意　書

私が加害者　（　　）　に対して有する損害賠償請求権は、法令(注1)により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者(注2)が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る介護給付費請求書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が介護事業者に対して事故による介護サービスに関する内容の照会を行い、介護事業者から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1　加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2　加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
3　加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
4　治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和　　年　　月　　日

届出者（被保険者）

住所

氏名　　（印）

（注1）根拠法令は介護保険法第21条第1項

（注2）介護保険法第21条第3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。