

記入例

念書(兼同意書)

事故発生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	事故発生場所	名古屋市東区泉一丁目1番1号
被保険者氏名	広域太郎	相手方(第三者) 氏名	後期次郎

- 1 上記事故に関し、**被害者(あなた)の氏名**をお書きください。会社等を含む。以下、**加害者(相手方)の氏名**をお書きください。損害賠償請求権を、前記法律第58条第1項に基づき、愛知県後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)が給付の価額の限度において取得・行使し、かつ賠償金を受領すること(以下「求償事務」という。)に異議はありません。
- 2 上記事故に関して、広域連合及び同連合との委託契約に基づき愛知県国民健康保険団体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) 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書(写)・念書(兼同意書)等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
- (2) 保険会社等から受けた金品の内訳(その見込みを含む。)及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
- (3) 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
- (4) この念書(兼同意書)をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 3 上記事故に関して、私が高齢者の医療の確保に関する法律による保険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、必ず広域連合に申し出ること。
- (2) 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって広域連合にその内容を申し出ること。
- (3) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- (4) 相手方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、かつ遅滞なく広域連合に届け出ること。

〇〇年〇〇月〇〇日

被害者(あなた)の住所・氏名を
ご記入ください。

住所 名古屋市東区泉一丁目6番5号

氏名 広域太郎

印

※署名又は記名押印

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

(注) 被保険者が成年被後見人など法律行為を制限される場合は、
成年後見人など法定代理人の方が署名してください。

〇〇〇〇 保険会社 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

理 由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	☐ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため
	☐ 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため
	☐ 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため
	☐ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】
	☐ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。	
届出警察	東 警察 △△ 担当官 （判明している場合）
届出年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

裏面へ  交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
☐ 当事者 ☐ 目撃者 ☐ その他（ ） ※ 該当する項目に○印をしてください	住 所 〒 461-0002 記入日 〇〇年〇〇月〇〇日 名古屋市東区泉2丁目2番2号 氏 名 後期 次郎 (印) 電 話 052 (955) 1298

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接相手方（被害者）に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または相手方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第15条請求）する場合には、賠償を受けた側（被害者）の方がご記入ください。

(保険会社係)

- ☐ 人身事故
☐ 請求関係

被害者請求(被保険者からの請求)の場合は原則、加害者(相手方)の記名・押印が必要です。相手方に記入してもらえなかった場合(被保険者の非が大きい等)は、余白にその旨を記入してください。

担当者

相違ないことを確認しました。

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
◆ その他・特記事項		

【 事案情報 】 被害者名： 事故日： 年 月

発 生 年 月 日 時		〇〇年〇〇月〇〇日 午前 10時 20分頃 天候			
発 生 場 所		名古屋市東区泉1丁目1番地1号 先道路上（〇〇路線上） において			
当 事 者	甲	住 所	名古屋市東区泉2丁目2番地2号 電話 052（955）1298		
		氏 名	後期 次郎	生 年 月 日	明・大 35年9月2日(55)才 昭・平
		自賠責保 険契約先	愛知後期損害保険	自賠責保険 証明書番号	第 AB123456789 号
		登録番号	名古屋 330 あ 1111	事 故 時 の 状 況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	乙	住 所	名古屋市東区泉1丁目6番地5号 電話 052（955）1205		
		氏 名	広域 太郎	生 年 月 日	明・大 11年1月1日(80)才 昭・平
		自賠責保 険契約先	長寿海上火災保険	自賠責保険 証明書番号	第 ABCD654321 号
		登録番号	名古屋 50 ゆ 5432	事 故 時 の 状 況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	丙	住 所	電話 （ ）		
		氏 名		明・大	日()才
		自賠責保 険契約先	被害者(被保険者)が同乗者の場合等、事故証明書 に記載がない時は、こちらに記入してください。		号
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	丁	住 所	電話 （ ）		
		氏 名		生 年 月 日	明・大 年 月 日()才 昭・平
		自賠責保 険契約先		自賠責保険 証明書番号	第 号
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
戊	住 所	電話 （ ）			
	氏 名		生 年 月 日	明・大 年 月 日()才 昭・平	
	自賠責保 険契約先		自賠責保険 証明書番号	第 号	
	登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他	

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。

委任状兼同意書

記入例

事故発生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	事故発生場所	名古屋市東区泉一丁目1番1号
受給者氏名	広 域 太 郎	相手方(第三者) 氏 名	後 期 次 郎

- 1 上記事故に係る「碧南市後期高齢者福祉医療費」に基づく福祉医療費に、
 被害者（あなた）の氏名をお書きください。
 被害者（相手方）の氏名をお書きください。

- また、碧南市が求償事務を、県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。
- 2 上記事故に関して、愛
 被害者（あなた）のお住
 まいの市区町村名を
 お書きください。
- （1）交通事故証明書・事
 報酬明細書（写）・委任状兼同意書等の書
 類について、相手方へ提示または提出すること。
- （2）保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎と
 なる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
- （3）事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会
 し、回答を得ること。
- （4）この委任状兼同意書をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含
 むこと。

- 3 上記事故に関して、私が碧南市による福祉医療助成を受けるにあたり、以下の事項を遵
 守します。
- （1）治療が完了したときは、必ず碧南市に申し出ること。
- （2）相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって碧南市にその内容を申し出ること。
- （3）相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- （4）相手方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
 つ遅滞なく碧南市に届け出ること。

〇〇年〇〇月〇〇日

被害者（あなた）の住所・氏名を
 お書きいただき、押印してくだ
 さい。

住 所 名古屋市東区泉一丁目6番5号
 氏 名 広 域 太 郎 印

碧南市 長 様

（注1）受給者が成年被後見人など法律行為を制限される場合は、成年後見人など法定代理人の
 方が署名してください。

（注2）委任状兼同意書の提出にあたり、市町村は本人確認を行うこと。