

同 意 書

年 月 日

羽 村 市 長 あて

私は、国民健康保険法第64条第1項の規定によって羽村市が取得した保険給付額を限度とする、加害者(保険会社)に対する損害賠償請求権の行使において、診療報酬明細書等を保険会社等に請求資料として提出すること及び自賠責保険の残額調査等に対し情報提供することについても同意いたします。

(被保険者及び代理人)

住 所

氏 名

印

電 話 ()

※未成年者の場合は、親権者等

代理人住所

代理人氏名

印

電 話 ()

本人との関係

代理理由