

# 委任状兼同意書

事故発生年月日	平成 令和	年 月 日	事故発生場所	
受給者氏名			第三者氏名	
公費負担者番号			公費負担医療 の受給者番号	

上記事故に係る「神戸市高齢期移行者医療費助成に関する条例」、「神戸市こども医療費助成に関する条例」、「神戸市重度障害者医療費助成に関する条例」、「神戸市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例」に基づく医療費の助成(福祉医療費助成)について、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権に関して助成の価額の限度において相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）を神戸市長に委任します。

また、神戸市長が求償事務を兵庫県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。

上記事故に関して、私が神戸市による 高齢期移行者・こども  
重度障害者（高齢重度障害者）  
ひとり親家庭等 医療費助成を受け

るに当たり、下記の事項に同意します。

- 1 神戸市が、第三者行為による関係書類（事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの）を損害保険会社等へ提出すること。
- 2 神戸市が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。
- 3 第三者との示談に際しては、必ず前もって神戸市にその内容を申し出ること。
- 4 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 第三者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)を漏れなく、かつ遅滞なく神戸市に届け出ること。
- 6 兵庫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
  - (1) 第三者行為による関係書類（事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの）を損害保険会社等へ提出すること。
  - (2) 保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(受給者が未成年の場合は、親権者の氏名)

神戸市長 様