

【子ども】【重度障害者】【ひとり親】
の医療証をお持ちの方のみ記入が
必要です。

委任状兼同意書

記入例

事故発生年月日	令和 年 月 日	事故発生場 所	大東市〇〇町〇番〇号
受給者氏名	大東 太郎	第三者氏名	
公費負担者番号		公費負担医 療の受給者 番号	

相手方の氏名

上記事故に係る「大東市子ども医療費の助成に関する条例」「大東市ひとり親家庭の医療費の助成に関する条例」「大東市重度障害者の医療費の助成に関する条例」に基づき、私が相手方（保険会社等）と有する賠償額の限度において相手方に賠償すること（以下「求償事務」という。）を大東市長に委任します。

医療証に記載の8ケタの
数字です。

医療証に記載の7ケタ
の数字です。

また、大東市長が求償事務を大阪府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、私が大東市による福祉医療費助成を受けるにあたり、下記の事項に同意します。

記

- 貴職が、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。
- 貴職が、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。
- 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 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）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 大阪府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
 - 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。
 - 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
受給者の住所・氏名をご記入ください。（受給者が未成年の場合は、親権者）

令和 年 月 日

住所

氏名

※署名又は記名押印

大東市長 逢坂 伸子 様

注）受給者が未成年者の場合は、親権者が同意書を差し入れてください。