

同意書

私が、第三者行為で被った傷病により受けた地方公務員等共済組合法による短期給付は、同法第50条の規定により栃木県市町村職員共済組合が短期給付の価額の限度において、私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、栃木県市町村職員共済組合が損害賠償請求を行う際、当該短期給付に係る診療報酬明細書の写しを加害者の加入する損害保険会社等に開示することに同意します。

また、私が加害者の加入する損害保険会社等に損害賠償請求し保険金等を受領したときは、栃木県市町村職員共済組合がその受領額及び内訳等について照会し情報提供を受けることに同意します。

令和〇年〇〇月〇〇日

栃木県市町村職員共済組合理事長 様

署名及び押印をお願いします。

組合員証記号番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住 所： 〇〇市〇〇町4-5-6

組合員氏名： 共 済 太 郎 ㊟

被害者氏名： 共 済 花 子 ㊟

※被害者氏名は、組合員が被害者の場合は記入不要です。