【 重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療用 】

糸島市医療費助成「重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療」の
損害賠償請求権に関する委任状

事故発生年月日	平成・令和　　年　　月　　日		
被　害　者　名		相手者（第三者）名	
事故発生場所			

上記事故に関して、私は相手者（保険会社等を含む。）に対して有する損害賠償請求権のうち、糸島市が医療費助成を行った「重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療」については、糸島市が相手者に対する損害賠償請求権を代位取得し、「重度障がい者医療費・子ども医療費・ひとり親家庭等医療費」の請求と受領及び復代理を選任する権限（糸島市が請求事務を福岡県国民健康保険団体連合会に委託すること）を糸島市に委任します。

令和　　年　　月　　日

住　所

氏　名　　印

親権者　　印

糸　島　市　長　　様

（注）被保険者が未成年者･その他法律行為を制限される場合は、
親権者･その他法定代理人の方が署名してください。