様式２

**念　書（兼同意書）**

　この事故で介護保険法による保険給付を受けたときは、介護保険法第２１条第１項及び第３項の規定により、保険給付価額の限度において、川崎市（以下「市」という。）が相手方に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使、賠償金の受領及びその事務を国民健康保険団体連合会へ委託することを理解しましたので、次の１から３までの事項を遵守することを誓約し、４から７までの事項に同意します。

１　相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって市にその内容を申し出ること。

２　相手方に白紙委任状を渡さないこと。

３　相手方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、かつ遅滞なく市に申し出ること。

４　交通事故である場合、保険給付価額の限度において、自動車損害賠償責任保険（共済）からの損害賠償金を、市が受領すること。

５　保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳（その見込みを含む）等事項の情報について、関係損害保険会社等が市へ情報提供し、市が関係損害保険会社等からその情報を受けること。

６　市が損害賠償請求事務において必要な事項（介護給付費請求明細書及び傷病届等資料の写し）並びにこの念書（兼同意書）を、関係損害保険会社等へ提供すること。

７　医療保険での第三者行為による届出をしている場合、医療保険側が介護保険側へ情報提供し、介護保険側が医療保険側からその情報を受けること。

　　 　年　　 月　　日

誓約者　住　所

氏　名

※自署又は記名押印してください

（宛先）川崎市　　　　　　区長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故発生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 事故発生場所 | |  |
| 第三者  （相手方） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 被保険者（被害者） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 誓約者との  関係 | ※ |

※誓約者欄は、誓約者と被保険者が異なる場合のみ記入してください。

※氏名欄は、自署又は記名押印してください。