

同意書

私が_____年 月 日に発生した交通事故で被った損害のうち、マイナンバーカードの健康保険証等を使用したことにより公立学校共済組合愛媛支部が給付した保険給付等について、地方公務員等共済組合法第50条の規定により同支部が代位取得した求償権を行使することを目的として、損害保険会社（JA共済、全労災を含む）に対して当該給付に係る診療報酬明細書（レセプト）等を提供することを同意します。

公立学校共済組合愛媛支部長 様

年 月 日

(届出者)

組合員氏名 ⑩

(組合員番号)

被扶養者氏名 ⑩

(備考)

- ・年号については、和暦で記入してください。
- ・組合員氏名に本人が自ら署名する場合は、押印不要です。
- ・被害者が被扶養者である場合は、組合員氏名と併せて被扶養者氏名の記入が必要ですが、被扶養者本人が署名する場合は、押印不要です。