

様式第 1 号

## 同 意 書

私が令和 年 月 日に発生した第三者加害行為（交通事故等）で被った損害のうち、マイナ保険証又は資格確認書を使用したことにより公立学校共済組合鹿児島支部が給付した保健給付等について、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，全労済を含む。）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。

公立学校共済組合鹿児島支部長 殿

令和 年 月 日

(届出者)

組合員氏名（署名又は記名押印） ④

（組合員記号番号 公立鹿 ）

被扶養者氏名（署名又は記名押印） ④

\* 被害者が被扶養者である場合は、組合員と併せて被扶養者も署名又は記名押印してください。