同　意　書

私が令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 に発生した事故で被った損害のうち、組合員証（組合員被扶養者証を含む）を使用したことにより公立学校共済組合大阪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、加害者及び損害保険会社（JA共済、全労済含む）に対して当該給付に係る診療報酬明細書（レセプト）等を提供することに同意します。

公立学校共済組合大阪支部長　様

令和　　年　　月　　日

【組合員等記号・番号： 公立阪　　】

届出者　組合員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

被扶養者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※　組合員、被扶養者の自署であれば押印は省略いただけます。

※　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押印してください。