

【 国民健康保険用 】

## 同 意 書

平成 年 月 日 (場所: \_\_\_\_\_ )  
において、私 ( \_\_\_\_\_ ) の不法行為により被保険者  
( \_\_\_\_\_ ) が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保  
険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償  
保障法第15条の請求に優先して 福津市 に支払われることに異議な  
く同意します。

平成 年 月 日

相手者

住所

氏名

印

運行供用者

住所 (所在地)

氏名 (事業所名)

印

(代表者名)

福津市長 殿

【相手者提出用】