

# 同意書

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

私は、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定によって、東京都後期高齢者医療広域連合が取得した保険給付額を限度とする、加害者（保険会社）に対する損害賠償請求権の行使において、診療報酬明細書等を保険会社等に請求資料として提出すること及び自賠責保険への残額調査等についても同意いたします。

(被保険者及び代理人)

住 所

氏 名

㊞

※署名又は記名・押印

電 話 ( )

代理人住所

代理人氏名

㊞

※署名又は記名・押印

電 話 ( )

本人との関係

代理理由