

様式第2号

委 任 状

栃木県国民健康保険団体連合会を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

年 月 日当(市町等)の_____と、

_____間の第三者の行為による事故による損害に対して、

国民健康保険法第64条第1項

の規定により、代位

介護保険法第21条第1項

高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項

市町医療福祉費支給に関する条例(国保被保険者及び後期被保険者に限る。)

取得した損害賠償求償権に基づく損害賠償金の請求並びに受領に関する一切の権限。

年 月 日

委 任 者

保 険 者 名

(市町等名)

代 表 者 名

⑩