

# 委任状

令和 年 月 日、 (事故発生場所) において  
(被災者氏名)

のこうむりたる事故に関し自動車損害賠償  
(医療機関名)

障法に基づく損害賠償金のうち  
における医療行為終了までの医療費等（診療報酬明細書記載金額）の請求及び受領に関する一切の権限を貴職に委任いたします。

なお、本件の授与行為について取消解除権は放棄します。

また、上記事故について、保険者が賠償金の支払請求を相手方の加入する損害保険会社等に行う際、請求書類に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。併せて、相手方の加入する損害保険会社等の保有する損害賠償に関する情報について保険者が提供を受けることについても同意します。

石川県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住所  
委任者  
(組合員) 氏名

印