

# 同意書

被害者 住所  
氏名  
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 生

加害者 住所  
氏名  
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 生

事故日 平成 年 月 日

仙北市が上記被害者に国民健康保険法の医療給付をし、加害者に損害賠償金を請求する請求書の添付書類の一部として診療報酬明細書を使用することに同意します。

平成 年 月 日

同意者 住所

氏名

印

被害者との続柄 本人

(被害者が未成年者の場合 親権者)