

同意書

被害者 住 所
氏 名 M T S H 年 月 日生

加害者 住 所
氏 名

事故日 平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合が上記被害者に後期高齢者医療の医療給付をし、加害者に損害賠償金を請求する請求書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