第 　 号

　　年　　月　　日

熊本県国民健康保険団体連合会

　　理 事 長　　　　　　　　　　様

保 険 者 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　印

指定公費負担医療に係る第三者行為損害賠償求償事務委託書

　熊本市東区健軍2丁目4番10号　熊本県国民健康保険団体連合会理事長

　　　　　　　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（市町村・組合）被保険者　　　　　　と

加害者　　　　　 の第三者行為による損害に対して、70歳代前半の被保険者等に係る

一部負担金等の軽減特例措置実施要綱に基づく、損害賠償金の請求並びに受領に関する

一切の権限。