

【後期高齢者医療用】

同 意 書

年 月 日 (場所: \_\_\_\_\_) において、私  
( \_\_\_\_\_ ) の不法行為により 福岡県後期高齢者医療被保険者  
( \_\_\_\_\_ ) が被った損害のうち、高齢者の医療の確保に関する法  
律の規定により医療給付がなされた場合は、その医療給付額を限度に、私が行  
う自動車損害賠償保障法第15条の請求に優先して 福岡県後期高齢者医療広域  
連合 に支払われることに異議なく同意します。

令和 年 月 日

相手者

住所

氏名

印

運行供用者

住所 (所在地)

氏名 (事業所名)

印

(代表者名)

福岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

【相手者提出用】