**同　意　書**

　私が 令和 年 月 日に発生した交通事故で被った損害のうち、マイナ保険証(資格確認書を含む｡)を使用したことにより公立学校共済組合香川支部が給付した保健給付等について、地方公務員等共済組合法第５０条の規定により同支部が代位取得した求償権を行使することを目的として、損害保険会社（ＪＡ共済、全労済を含む｡）に対して当該給付に係る診療報酬明細書(レセプト)等を提供することを同意します｡

　公立学校共済組合香川支部長 殿

令和 年 月 日

　　　　　　　　　（届出者）

組合員氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　〔組合員等記号番号　公立香　　　　　　　　〕

　　　　　　　　　　被扶養者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　㊞

　㊞

　㊞

* マイナ保険証又は資格確認書を使用する場合は、事故報告書に必ず添付ください。

＊　被害者が被扶養者である場合は、組合員と併せて被扶養者も署名押印してください。