

誓 約 書

私は、下記の事故に起因する被保険者（受給者）の保険（医療）給付について、貴広域連合の後期高齢者医療の給付を受けた場合、法律上の責任の範囲において、後日貴広域連合から請求があったときは、納付することを誓約いたします。また、保険（医療）給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（責任共済）損害賠償金を、貴職が優先して受領されることを承諾いたします。

なお、市町条例による福祉医療費の助成を受けた場合も同様といたします。

年 月 日

(第三者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(連帯保証人)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

記

事 故 日	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
	発生場所	
被 保 険 者 (受給者)	住 所	
	氏 名	