

(様式第 6 - 3 号)

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。

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いたします。

平成 29 年 5 月 10 日

* この書類の記入日

・交通事故の相手方に記入してもらう書類です。
・相手方が未成年の場合は親権者の署名・押印をいただいでください。

(第三者)

住 所 神戸市中央区 1 - 1

氏 名 兵 庫 一 郎 兵庫 印

(連帯保証人)

住 所 神戸市中央区 2 - 2

自動車保険(株)

氏 名 担 当 〇 印

相手方から署名がもらえなかった場合は、その理由を余白に記入してください。
(例：こちら側の過失が大きかったため、相手方に署名してもらえなかった。
過失割合に争いがあり、相手方に署名してもらえなかった。)

・相手方が任意保険に加入している場合は、任意保険会社の担当者名の署名・押印をいただいでください。
・相手方が任意保険に加入していない場合は、生計同一でない方の署名・押印をいただいでください。
・業務上の事故の場合は、使用者責任者の署名・押印をいただいでください。

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

記

事故日	発生日時	平成 29 年 4 月 28 日 午前・午後 5 時 30 分頃
	発生場所	神戸市中央区三宮町 1 丁目 番地の
被保険者 (受給者)	住 所	神戸市中央区 2 - 1
	氏 名	広域 太郎