

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、貴市・町・国保組合の国民健康保険の給付を受けた場合、法律上の責任の範囲において、後日貴市・町・国保組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。

令和 年 月 日

（第三者）

住 所 _____
電 話 () _____

氏 名 _____ ㊞

（連帯保証人）

住 所 _____
電 話 () _____

氏 名 _____ ㊞

加 古 川 市 長 様

記

事 故 日	発 生 日 時	平成・令和 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	