

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、貴町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、後日貴町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、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

Ⓜ

神 河 町 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	