

確 約 書

下記の事故による受傷者が貴 後期高齢者医療広域連合 の医療保険により診療を受けて（受けることになって）おりますが、この診療に要する医療費については、法律上の責任の範囲において損害賠償金をお支払いいたします。

〇〇年△△月××日

誓約者 住 所 滋賀県〇〇市△△町××-××

氏 名 滋賀 花子



保証人 住 所 滋賀県〇〇市△△町××-××

氏 名 後期 太郎



滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

記

被保険者（受傷者）氏名	広域 太郎
第三者（加害者）氏名	滋賀 花子
負 傷 年 月 日	〇〇年△△月××日
原 因	けんか 犬かまれ その他（ ）
負 傷 の 場 所	滋賀県〇〇市△△町××-××