

誓 約 書

年 月 日 における交通事故により
が 様を負傷させました。この事故により被害者
が後期高齢者医療から受けた保険給付については高齢者の医療の確保に関する
法律第58条第1項の規定により石川県後期高齢者医療広域連合
が負担した額を必ず納付することを保証人連署の上誓約いたします。

年 月 日

石川県後期高齢者医療広域連合長 様

損害賠償金支払義務者

住 所

氏 名

連帯保証人

住 所

氏 名

※印鑑証明書を必ず添付してください。(任意保険のあるときは、省略する)