



# 確 約 書

下記の事故による受傷者がいの町の国民健康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、国民健康保険法第64条の規定により、給付の価額の限度で受傷者が私に対して有する損害賠償請求権を取得したいの町からの損害賠償請求に基づき、損害賠償することを確約いたします。

年 月 日

支 払 義 務 者 住 所  
氏 名 ⑩  
(電話)

連 帯 保 証 人 住 所  
氏 名 ⑩  
(電話)

高知県吾川郡いの町長 様

記

被 保 険 者 住 所 ( 受 傷 者 )		氏 名		生 年	年
第 三 者 住 所		氏 名		支 払 義 務 者 と の 関 係	
発 病 ( 負 傷 ) 年 月 日	年 月 日	原 因	1 交通事故 ・ 2 けんか ・ 3 その他		
事 故 発 生 場 所					