

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 _____ (印)

(連帯保証人)

住 所 _____
電 話 () _____

氏 名 _____ (印)

明石市長 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	