

確 約 書

下記の事故による受傷者が後期高齢者医療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、高齢者の医療の確保に関する法律第 58 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後期高齢者医療広域連合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)

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

記

| | | | | | |
|------------------|-------|----|--------------------|-----------|----------|
| 被保険者住所 (受傷者) | | 氏名 | | 生年 月日 | 年 月 日 |
| 第三者の住所 | | 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 | | | | | |