

確 約 書

下記の事故による受傷者が貴市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、
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。

令和 年 月 日

誓約者 住 所

氏 名

印

保証人 住 所

氏 名

印

大 津 市 長 様

記

被保険者（受傷者）氏名	
第三者（加害者）氏名	
負 傷 年 月 日	令和 年 月 日
原 因	けんか 犬かまれ その他（ ）
負 傷 の 場 所	