

# 確 約 書

下記の事故による受傷者が貴 後期高齢者医療広域連合 の医療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。

年 月 日

誓約者 住 所  
氏 名 印  
保証人 住 所  
氏 名 印

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

記

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