

誓 約 書 (加害者側)

（事故年月日） 年 月 日（事故発生場所） _____

_____において発生した交通事故により、足立区国民健康保険が給付した
被保険者（※被害者名） _____様に対する医療費について、
下記により返還することを書面をもって誓約いたします。

記

1. 返還金総額 足立区が代位取得した保険給付額
2. 支払方法 自賠責保険及び過失割合に応じて任意保険にて支払います。但し、保険額超過のときは、自費で支払います。

年 月 日

支払義務者 住所

氏名 _____ 印 _____

保証人住所

氏名 _____ 印 _____

(提出先)

足立区長

(区民部国民健康保険課)

※ 被害者・加害者の関係につきましては過失割合に関わらず、足立区国民健康保険被保険者（加入者）の方を被害者とさせていただきます。