

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 過失割合に応じて支払います。

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。