

# 誓 約 書

平成・令和 年 月 日

において

が 様を負傷させました。

國 民 健 康 保 險  
このことにより被害者が 後期高齢者医療制度 から受けた保険給付については  
介 護 保 險

國 民 健 康 保 險 法 第 64 条第1項  
高齢者の医療の確保に関する法律 第58条第1項 の規定により貴職が負担した額を必ず  
介 護 保 險 法 第 21 条第1項

納付することを保証人連署のうえ誓約いたします。

令和 年 月 日

長 様

損害賠償金支払義務者  
住 所

氏 名

印

保証人  
住 所

氏 名

印

(電話番号 - - - - )

※ 印鑑証明書を必ず添付してください。(任意保険のあるときは省略する。)