|  |  |
| --- | --- |
| 確　約　書  　　下記の事故による受傷者が貴 市町・国保組合 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。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  誓約者　　住　所  氏　名 印  保証人 住　所  氏　名 印  　　市　　町　　長  様  国保組合理事長  記 | |
| 被保険者（受傷者）氏名 |  |
| 第三者（加害者）氏名 |  |
| 発生日 | 年　　月　　日 |
| 原　　　　因 | けんか　　犬かまれ　　その他（　　　　　　　） |
| 発生場所 |  |