

誓 約 書

私は 年 月 日(場所) で発生した、

(被保険者氏名) 様の交通事故等に係る埼玉県後期高齢者医療広域連合による

医療機関等への診療報酬等負担分※1(保険者負担分)について、過失の割合に応じて責任

をもって支払うことを誓約いたします。

また、併せて次の事項についても厳守いたします。

1. 相手方と示談するときは、あらかじめ条件等を広域連合へ申し出ること。
2. 広域連合からの問い合わせ、資料提出等の依頼には誠意をもって応じること。
3. 損害賠償保険(共済)の支払い限度額を超えた分についても、過失の割合に応じて責任をもって支払いをすること。

以上

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合
広 域 連 合 長 あて

誓約者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

保証人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

※1 診療報酬等負担分(保険者負担分)について

- ・医療機関等の窓口で支払う自己負担分を医療費の総額から差引いた額になります。

1割自己負担の相手が医療機関等の窓口で支払をした額が1,000円だった場合
医療費の総額が10,000円となり、保険者負担分は9,000円となります。