

(様式第6-2号)

誓 約 書

私は、下記の事故に起因する被保険者の保険給付について、保険者の介護保険の給付を受けた場合、法律上の責任の範囲において、後日保険者から請求があったときは、納付することを誓約いたします。

平成 年 月 日

(第三者)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(連帯保証人)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

市・町長 様

記

事 故 日	発 生 日 時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃
	発 生 場 所	
被 保 険 者 (受給者)	住 所	
	氏 名	