

承 諾 書 (被害者側)

令和 年 月 日、 において
発生した自動車事故により、被害者 が受けた損害のうち高
齢者の医療の確保に関する法律に基づいてなされた医療給付の限度内で私がお
こなう自動車損害賠償保障法による保険金の請求に優先して
岐阜県後期高齢者医療広域連合に支払われることを承諾します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

(印)

※署名又は記名押

