

# 承諾書 (被害者側)

令和 □□ 年 □ 月 □ 日、 岐阜市〇〇町〇番地 において発生した自動車事故により、被害者 広域太郎 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 〇〇市 本町 321番地  
氏名 広域太郎 (印)  
※署名又は記名押印