様式C－第 9 号

# **第三者行為損害賠償金分割納付誓約書**

　年 月 日に発生した事故（事件）に関し被害者（ 被害者名 ）に対して支払わなければならない損害賠償金について、保険者（後期高齢者医療広域連合）が保険給付をしているため、法令（注１）に基づき、その価格の限度において、次のとおり誠意をもって納付することを誓約いたします。

年 月 日

**納付者**

住　所

氏 名 　　　　　　　　　　　　　印

連絡先

**保証人**

住　所

氏 名　　　　　　　　　　　　印

連絡先

市町村（国保組合）長

後期高齢者医療広域連合長

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 あて

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 納付誓約額 | 円－ | | |
| 納 付 方 法 | 分割納付 （※ 分割納付は毎月納付とします） | | |
| 分 納 回 数  ※分割納付選択の場合 | 回 | 各回納付額  ※分割納付選択の場合 | 円 × １回  　　　　円 × 回 |
| 分 納 期 間  ※分割納付選択の場合 | 年 月 から 年 月 まで | | |
| 分割納付を必要とする理由  ※分割納付選択の場合 |  | | |

(注１) 各保険の根拠法令は、次のとおりです。

国民健康保険：国民健康保険法第 64 条第 1 項、 後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項介護保険： 介護保険法第 21 条第 1 項