

誓 約 書

平成 年 月 日

(宛先) 沼津市長

損害賠償 住所
義務者
氏名

⑩

国民健康保険 国民健康保険法
老人保健 老人保健法
貴 高齢者医療 の高齢者医療確保法 によって
介護保険 介護保険法
の被保険者 殿が
受給者

市 町
広域連合
に与えた
保険給付 市 町
医療給付 広域連合
は、私の不法行為に基づくものでありますので、貴
市 町
広域連合

損害については、下記のとおり損害賠償をすることを誓約いたします。

記

事 故 年 月 日	平成 年 月 日
事 故 場 所	
被 害 者	住 所
	氏 名
支 払 方 法	一括払 分割払 その他
備 考	