

誓約書

年 月 日

(宛先) 沼津市長 殿

損害賠償 住所
債務者 氏名 印

国民健康保険
貴介護保険の被保険者
高齢者医療

国民健康保険法
介護保険法
高齢者医療確保法
指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱

国
によって受けた給付は、私の不法行為にもとづくものでありますので、保険者に
広域連合
あたえた損害については、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	年 月 日
事故場所	
被保険者	住所
	氏名
支払方法	一括払 分割払 その他
備考	