

(注意)  
相手方に記載していただく書類です。  
相手もしくは損保担当者に記載の依頼をしてください。  
※取り付け不能な場合、提出は不要です。

# 誓約書

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 沼津市長 殿

相手もしくは損保担当者

住所 沼津市〇〇町〇番〇号  
損害賠償債務者 氏名 (加字者名) 国保太郎 印

あなた

国民健康保険 貴介護保険 高齢者医療 の被保険者 沼津花子 殿が 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	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
事故場所	沼津市〇〇町〇番〇号
被保険者	住所 沼津市〇〇町〇番〇号
	氏名 沼津花子
支払方法	<input checked="" type="radio"/> 一括払 <input type="radio"/> 分割払 <input type="radio"/> その他
備考	