

# 誓 約 書

令和 年 月 日

(宛先) 沼津市長

損害賠償 住所

義務者

氏名

印

貴国民健康保険の被保険者（被害者名） 様が国民健康保険法  
によって受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものでありますので、貴市  
に与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	
事故発生の場所		
被害者	住所	
	氏名	
支払方法	一括払 分割払 その他	
備考		