

誓約書

令和 年 月 日

長 殿

損害賠償 住所
義務者 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
殿が 介護保険法 によって
高齢者医療確保法

受けた 保険給付 医療給付 は、私の不法行為にもとづくものでありますので、貴 保険者 広域連合 に

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 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	