

誓約書

平成 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 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 に
医療給付 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	平成 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	