

誓 約 書

令和 年 月 日

焼 津 市 長 あて

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			