

誓約書

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 によつて
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	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	