

誓約書

年 月 日

島田市長 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
高齢者医療確保法
指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱

よって受けた給付は、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	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	