

誓約書

平成 年 月 日

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

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 殿が 国民健康保険法 介護保険法 によって 高齢者医療 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	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	