

# 誓約書

令和 年 月 日

(宛先) 沼津市長

損害賠償 住所  
義務者  
氏名

㊞

国民健康保険 国民健康保険法  
貴 高齢者医療 の被保険者 殿が 高齢者医療確保法 によって  
介護保険 受給者 介護保険法

受けた 保険給付 は、私の不法行為に基づくものでありますので、貴 市 町  
医療給付 広域連合 に与えた

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	
被害者	住所
	氏名
支払方法	一括払 分割払 その他
備考	