

誓約書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 沼津市長

損害賠償
義務者

住所 沼津市三枚橋町〇番〇号

氏名 (加害者名) 国保太郎 ㊞

国民健康保険
老人保健
貴 高齢者医療
介護保険

被保険者
の
受給者

沼津花子

国民健康保険法
老人保健法
殿が 高齢者医療確保法
介護保険法

によって

受けた 保険給付
医療給付

は、私の不法行為に基づくものでありますので、貴 市 町
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	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
事故場所	沼津市市場町〇番〇号
被害者	住所 沼津市御幸町〇番〇号
	氏名 沼津花子
支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 一括払 <input type="checkbox"/> 分割払 <input type="checkbox"/> その他
備考	