

# 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  
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		