

(注意)

相手方に記載していただく書類です。

相手もしくは損保担当者に記載の依頼をしてください。

※取り付け不能な場合、提出は不要です。

誓 約 書

平成 ××年 ×月 ××日

三島市長 殿

相手もしくは損保担当者

住所 ○○市△△町1-23

損害賠償
義務者

氏名 加害 次郎

加害印

あなた

貴国民健康保険の被保険者 国保 太郎 殿が国民健康保険法 によって

受けた 保険給付 医療給付 は、私の不法行為にもとづくものでありますので、貴保険者にあたえた

損害については、所定の法令に従い、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 | 三島市○○町12-3 |
| 被 保 険 者 | 住 所 三島市北田町4-47 |
| | 氏 名 国保 健太郎 |
| 支 払 方 法 | 一括払 分割払 その他 |
| 備 考 | |