誓　約　書

令和　　年　　月　　日

（宛先）静岡市長

損害賠償義務者　住　所

氏　名　　印

貴 国民健康保険 / 介護保険 / 高齢者医療 の被保険者　殿が 国民健康保険法 / 介護保険法 / 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

に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		令和　　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		