

# 誓約書

年 月 日

(宛先) 湖 西 市 長

住所  
損害賠償  
債務者  
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  
介護保険法  
殿が  
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

国  
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、保険者に  
広域連合  
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	