

誓 約 書

令和 年 月 日 において

が 様を負傷させました。

このことにより被害者が 国民健康保険 後期高齢者医療制度 から受けた保険給付については 介護保険

国民健康保険法第64条第1項 高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項 の規定により貴職が負担した額を必ず 介護保険法第21条第1項

納付することを保証人連署のうえ誓約いたします。

令和 年 月 日

長 様

損害賠償金支払義務者

住 所

氏 名

印

保証人

住 所

氏 名

印

(電話番号

-

-

)

※ 印鑑証明書を必ず添付してください。(任意保険のあるときは省略する。)