

誓約書

令和 年 月 日

静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

損害賠償 住 所
義務者 氏 名

印

貴 国民健康保険組合の被保険者

国民健康保険法
殿が 指定公費負担医療に係る に
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、貴国民健康保険組合に

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	