

# 誓 約 書

年 月 日

番地先において傷害を受けた 様の治療費は、貴（市・町・国保組合）の国民健康保険で給付が行われておりますが、国民健康保険法の規定により貴（市・町・国保組合）が給付を行った額の限度で私の過失分について貴（市・町・国保組合）の請求に基づき遅滞なく支払を履行することを誓約いたします。

年 月 日

支払義務者 住所

印

琴 平 町 長 殿