

誓約書

年 月 日

荒川区長 殿

年 月 日(場所) に
において、発生した疾病により、(被害者氏名) に、荒川区
国民健康保険が給付した医療費について、荒川区より請求があった場合は、延
滞なく、下記金額を支払うことを誓約いたします。

記

- 1 納付金額 荒川区が保険給付した額
被害者に過失がある場合はその割合に応じた額

住所

氏名

印