

交通事故傷病に対する保険給付 に伴う損害賠償納付誓約書

私は、 年 月 午前 日午後 時 分頃 _____

_____ 道路上において発生した交通事故による被害者
_____ 様に係る医療費のうち、所沢市の国民健康保険負担分
については、その賠償金を所沢市が指定する期日及び納付場所に必ず納入する
ことを誓約いたします。

なお、この誓約書を履行しない場合は必要な法的手続きにより強制執行を受
けましても異議がありません。

令和 年 月 日

所沢市長 様

住所 _____
誓約人 氏名 _____ (印)

電話 _____

住所 _____
連帯保証人 氏名 _____ (印)

電話 _____