

誓 約 書

私は、下記の事故に起因する 様の診療費について、尼崎市の国民健康保険の給付を受けた場合、保険給付額の限度において、後日貴市から請求があったときは、ただちに納付することを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

求償先（連帯保証人）

住 所

氏 名

印

尼 崎 市 長 あ て

記

事 故	発生日時	平成 令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃
	発生場所	
被保険者	住 所	
	氏 名	