

長 殿

※〇〇市町村、〇〇国民健康保険組合、
〇〇県後期高齢者医療広域連合

誓 約 書

国民健康保険 保険給付
貴(市・町・村・組合・広域連合)の 介 護 保 険 の下記 被保険者が受けた は、私の不法
後期高齢者医療 医療給付

行為に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

1. 保険給付額 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
医療給付額
2. 貴殿の書面承諾なしに示談した時は、 国民健康保険給付分
介護保険給付分 介 護 保 険 給 付 分 に 限 り 何 人 に 対 し て も 示 談
後期高齢者医療給付
の効力を主張しないこと。
3. 上記1の支払いに充てるため 保険株式会社(農業協同組合)
に対して有する損害賠償責任保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、
保険給付額 を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者
医療給付額 の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

保証人 住所

氏名

印

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者	住 所	※		
(運 転 者)	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者	住 所			
	(被 保 険 者) 氏 名			

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。