

誓 約 書

国民健康保険 被保険者が受けた 保険給付
 貴(市・町・村・広域連合)の後期高齢者医療の下記 受給者 医療給付
 介護保険 介護給付

は、私の不法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
 医療給付額 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
 介護給付額

- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、 国民健康保険給付分
 後期高齢者医療給付分に限り何人に対しても
 介護保険給付分
 示談の効力を主張しないこと。

- 3 上記1の支払に充てるため _____ 保険株式会社(共済)に対して有する自動車損害賠償責任保険(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の受領権行使をしないこと。

平成 年 月 日

誓約者 住所 _____
 氏名 _____ (印)

保証人 住所 _____
 氏名 _____ (印)

様
記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
加害者	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被害者 (被保険者 受給者)	住所			
	氏名			

(注) 印鑑証明を添付してください。
 加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。
 ※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

備考

自動車損害賠償責任保険(共済)の対象とならない損害賠償求償事務を行う場合にあっては、項番3の記載を削るものとする。