

岩出市 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 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 保険給付  
後期高齢者医療 医療給付 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 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 介護保険給付分に限り何人に対しても示談  
後期高齢者医療給付 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 **保険会社名** 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 医療給付額  
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。

**届出日**

年 月 日

誓約者 住所

**加害者(第三者)**

氏名

印

保証人 住所

**任意保険会社名等**

氏名

印

記

保有者	住所	<b>車の保有者の住所(第三者側)</b>		
	氏名	<b>車の保有者の氏名(第三者側)</b>	証明書番号	<b>自賠償保険証明書番号</b>
加害者	住所	※		
(運転者)	氏名	※	誓約者との関係	※
被害者	住所	<b>被害者(被保険者)住所</b>		
	(被保険者) 氏名	<b>被害者(被保険者)氏名</b>		

(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。