

誓 約 書

貴 ☐国民健康保険の下記被保険者が受けた保険
の ☐後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療 給付は、私の不法行為
☐介護保険の下記被保険者が受けた保険

(交通事故)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。

- ☐保険 給付額確定時に損害賠償金を貴職に必ず返還すること。
☐医療 ☐国民健康保険
- 貴職の承諾なしに示談したときは、☐後期高齢者医療 給付分に限り何びとに対しても示談の
☐介護保険 効力を主張しないこと。
- 上記1の支払に充てるため 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職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、☐医療 受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者住所

氏名

実印

連帯保証人(誓約者との関係)

住所

氏名

実印

市 町 村 長
国 保 組 合 理 事 長
後期高齢者医療広域連合長

様

保 有 者	住所			
	氏名		証 明 書 番 号	
運 転 者	住所			
	氏名		誓約者との関係	
国保、後期高齢者医療及び 介護被保険者	住所			
	氏名			

- 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。
- 自賠責保険証明書の写しを添付してください。