

# 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  
 後期高齢者医療

保険給付  
 医療給付

は、私の不法

行為(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。

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。
  
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  
 後期高齢者医療給付  
 に対し、  
 何人に対しても示談  
 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  
 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。

年 月 日

誓約者 住所  
 氏名 印

保証人 住所  
 氏名 印

美浜町長 殿

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運転者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	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。