

誓 約 書

保険者 国民健康保険 被保険者 保険給付
 貴 の ~~後期高齢者医療~~ の下記 が受けた
~~広域連合~~ ~~介護保険~~ ~~医療受給者~~ ~~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。

- 保険給付額
 1. ~~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 ~~後期高齢者医療~~ 国保給付分 に限り、何人に対
~~介護給付分~~
 しても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会社（ ）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、~~医療給付額~~ 保険給付額
~~介護給付額~~ ~~介護給付額~~
 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 保証人 住所
 氏名 印 氏名 印

南種子町 長殿

記

保 有 者	住所			
	氏名			
運 転 者	住所	※		
	氏名	※	契約者との関係	※
被 保 険 者 医療受給者	住所			
	氏名			

「注 1」 ※印欄は契約者と運転手が異なる場合のみ記入して下さい。

2 交通事故以外も、これに準ずる。