

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

1. 医療給付 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。

介護給付

国 保 給 付 分

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（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠

保険給付額

償責任保険（共済）から受け取るべき保険金（共済金）中 医療給付額 を限度とし
 介護給付額

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

Ⓜ

氏名

Ⓜ

保険者

中種子町長 殿

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ください。