

誓 約 書

市町村（国保組合 ~~後期高齢者医療広域連合~~）の（国保・~~介護~~）被保険者 ~~後期高齢者医療受給者~~ である _____ 殿が受けた ~~医療~~ 給付は、
~~介護~~

年 月 日に 私の不法行為によって生じた事故等によるものですので、下記の事項を遵守することを誓約します。

記

1. 保険（医療）給付費が確定したときには損害賠償金を貴職に支払いすること。
2. 貴職の承諾なしに示談したときは、
国民健康保険 ~~後期高齢者医療~~ 保険（医療）の給付の価格の限度 ~~介護~~ 保険
において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、_____（損害賠償責任保険会社等） に対して有する ~~自動車損害賠償責任共済~~ から受けるべき ~~共済金~~ ならびに任意保険の対人賠償保険金中、（保険・~~医療~~・~~介護~~）給付額を限度として、貴職が受領することを承諾する。
4. 加害者請求権により保険金等を請求する場合は、貴職にも連絡をすること。

年 月 日

誓 約 者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

保証人又は親権者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
誓 約 者 と の 関 係 _____

市町村（国保組合）長

~~山梨県後期高齢者医療広域連合~~ _____ 殿

(注) 1. 加害者（誓約者）が未成年の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。