

誓 約 書

国民健康保険
貴(市・町・村・広域連合)の後期高齢者医療の下記被保険者が受けた保険給付は、
介護保険 介護給付

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
介護給付額 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ときは、国民健康保険給付分
後期高齢者医療給付分 に限り何人に対しても
介護保険給付分
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(共済)
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
氏名 ⑩

保証人 住所
氏名 ⑩

様

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) (受 給 者)	住所			
	氏名			

(注) 印鑑証明を添付してください。
 加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。
 ※印欄は誓約者を運転者が異なる場合のみ記入してください。