

誓約書

(貴職) 市 (被保険者又は受給者)
 ○ ○町 国民健康保険法 保険
 村 の ~~高齢者の医療の確保に関する法律~~ の ○ ○ ○ ○ 殿が受けた ~~医療~~ 給付は、
~~広域連合~~ ~~介護保険法~~ ~~介護~~
 国保組合

私の平成○○年○月○○日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します。

記

1. 保険 ~~医療~~ 給付確定時に損害賠償金を貴職に支払いすること。
~~介護~~
2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険 給付分に限り、何人に対
~~後期高齢者医療~~ ~~介護保険~~ 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、○ ○海上火災 保険株式会社 に対して有
~~共済農業協同組合~~ する 自動車損害賠償責任保険 から受けるべき 保険金 ならびに任意保険の
~~自動車損害賠償責任共済~~ ~~共済金~~ 対人賠償保険金中、~~医療~~ 給付額を限度として、貴職が受領することを承諾し、
~~介護~~ 誓約書の受領権を行使しないこと。
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。

平成○○年○月○○日

誓約者 住 所 ○郡○町○ ○ - ○○
 氏 名 ○ ○ ○ ○ 印

市
 ○ ○町 保証人 住 所 ○郡○町○ ○ - ○○
 村 長 氏 名 ○ ○ ○ ○ 印

~~広域連合~~ 契約者との関係 夫
~~国保組合理事~~

○ ○ ○ ○ 殿

(注) 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。
 印鑑証明書を添付してください。