

誓 約 書

貴 国民健康保険の下記被保険者が受けた保険
 の 後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療 給付は、私の不法行為
 介護保険の下記被保険者が受けた保険

(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 給付額確定時に損害賠償金を貴職に必ず返還すること。
 医療

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 給付分に限り何びとに対しても示談の
 介護保険

効力を主張しないこと。

3 上記 1 の支払に充てるため 保険株式会社 (農業協同組合) 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
 医療

度として貴職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、受領権行使をしな

いこと。

平成 年 月 日

誓約者住所

氏名

実印

連帯保証人 (誓約者との関係

)

住所

氏名

実印

市 町 村 長
 国保組合理事長
 後期高齢者医療広域連合長

様

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
運 転 者	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
国保、後期高 齢者医療及び 介護被保険者	住 所			
	氏 名			

1 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。

2 自賠責保険証明書の写しを添付してください。