

# 誓 約 書

国民健康保険  
貴(市・町・村・組合・広域連合)の介護保険の下記被保険者が受けた  
後期高齢者医療

保険給付  
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。

1. 保険給付額  
医療給付額 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時は、国民健康保険給付分  
介護保険給付分  
後期高齢者医療給付  
に限り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\_\_\_\_\_保険株式会社(農業協同組合)  
に対して有する損害賠償責任保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、  
保険給付額  
医療給付額  
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

印

保証人 住所

氏名

印

## 殿

記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
加害者	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被害者 (被保険者)	住所			
	氏名			

(注) ※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。