

誓 約 書

国民健康保険
 保険者 貴の 後期高齢者医療 の下記 被保険者 保険給付
 広域連合 医療受給者 が受けた 医療給付
 介護保険

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。

- 保険給付額
- 1 医療給付額 確定時に損害賠償金をあなたに支払すること。
介護給付額
 - 2 あなたの書面承諾なしに示談したときは 国保給付分 後期高齢者医療給付分 に限り、何人
介護給付分
に対しても示談の効力を主張しないこと。
 - 3 上記 1 の支払に充てるため保険会社（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 医療給付額 介護給付額
を限度としてあなた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。

年 月 日

誓約者 住所 保証人 住所
 氏名 印 氏名 印

保険者
 広域連合 長様

記

| | | | | |
|------------------|----|---|---------|---|
| 保 有 者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | | |
| 運 転 者 | 住所 | ※ | | |
| | 氏名 | ※ | 契約者との関係 | ※ |
| 被 保 険 者 医療受給者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | | |

「注 1」 ※印欄は契約者と運転手が異なる場合のみ記入して下さい。

2 交通事故以外も、これに準ずる。