

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 介護保険 医療受給者 が受けた 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。

- 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。