

誓約書

(貴職) 市町村の広域連合国保組合 (被保険者又は受給者) 国民健康保険法 高齢者の医療の確保に関する法律 介護保険法 の _____ 殿が受けた 保険医療介護 給付は、

私の _____ 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. 保険医療介護 給付確定時に損害賠償金を貴職に支払いすること。
2. 貴職の書面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 介護保険 給付分に限り、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 共済農業協同組合 に対して有する 自動車損害賠償責任保険 自動車損害賠償責任共済 保険 共済金 から受けるべき 保険金 共済金 ならびに任意保険の対人賠償保険金中、 保険医療介護 給付額を限度として、貴職が受領することを承諾し、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。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

誓約者 住所 _____

市 氏名 _____ 印

町 保証人 住所 _____

村 長 氏名 _____ 印

広域連合 契約者との関係 _____

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。