

誓 約 書

貴 保 険 者 国民健康保険 被 保 険 者 保 険 給 付
 の 後 期 高 齢 者 医 療 の 下 記 が 受 け た
 広 域 連 合 医 療 受 給 者 医 療 給 付
~~弁 護 保 険 給 付 額~~

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
~~弁 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~~
~~弁 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。