

誓約書

貴 ○○市 国民健康保険の下記被保険者が受けた保険
の 後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療 給付は、私の不法行為
介護保険の下記被保険者が受けた保険

(交通事故) 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 給付額確定時に損害賠償金を貴職に必ず返還すること。
医療
- 貴職の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 給付分に限り何びとに対しても示談の
介護保険
効力を主張しないこと。
- 上記1の支払に充てるため ○○ 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 給付額を限度として貴職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、受領権行使をしないこと。

令和 元 年 5 月 1 日

誓約者住所 ○○市○○町2-3-4

氏名 加害 太郎 実印

連帯保証人（誓約者との関係 父 ）

住所 ○○市○○町30-20-10

氏名 加害 ○○ 実印

市 町 村 長
国保組合理事長
後期高齢者医療広域連合長

○○市長 群馬 次郎

様

保 有 者	住所	○○市○○町2-3-4		
	氏名	加害 太郎	証明書番号	123-456789
運 転 者	住所	○○市○○町2-3-4		
	氏名	加害 太郎	誓約者との関係	本人
国保、後期高齢者医療及び介護被保険者	住所	○○市○○町1-1-1		
	氏名	国保 花子		

- 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。
- 自賠責保険証明書の写しを添付してください。