

# 誓 約 書

市町村（国保組合）の（国保・介護）被保険者 である \_\_\_\_\_ 殿が受けた 保険 給付は、  
後期高齢者医療広域連合 の 後期高齢者医療受給者 医療 介護

年 月 日に 私の不法行為によって生じた事故等によるものですので、下記の事項を遵守することを誓約します。

## 記

1. 保険（医療）給付費が確定したときには損害賠償金を貴職に支払いすること。
2. 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 保険（医療）の給付の価格の限度 介護 保険 において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、\_\_\_\_\_（損害賠償責任保険会社等） 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 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

保証人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

親権者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

契約者との関係 \_\_\_\_\_

市町村（国保組合）長

山梨県後期高齢者医療広域連合長 \_\_\_\_\_ 殿

（注）1. 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。