

誓 約 書

貴(市)町・村・組合・広域連合)の国民健康保険
 介護保険 の下記 被保険者が受けた 保険給付
 後期高齢者医療 医療給付 は、私の不法

行為(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。

1. 保険給付額
医療給付額 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 貴殿の書面承諾なしに示談した時は、国民健康保険給付分
介護保険給付分 に限り何人に対しても示談
後期高齢者医療給付
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(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 を限度として貴殿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
 氏名 印
 保証人 住所
 氏名 印

和歌山市長 殿

記

| | | | | |
|-----------------|-----|---|-----------|---|
| 保 有 者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 証 明 書 番 号 | |
| 加 害 者 (運転者) | 住 所 | ※ | | |
| | 氏 名 | ※ | 誓約者との関係 | ※ |
| 被 害 者 (被保険者) | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。