

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 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 保険金
自動車損害賠償責任共済 から受けるべき 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する。
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 _____
氏 名 _____ 印

保証人又は親権者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
誓 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。