

# 誓約書

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

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 **介護保険** 保険（医療）の給付の価格の限度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 賠償保険金中、（保険・医療・**介護**）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 \_\_\_\_\_

葦崎市長 殿  
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。