

誓 約 書

1. 市・町・村	1. 国民健康保険被保険者
2. 国保組合の	2. 後期高齢者医療被保険者
3. 広域連合	3. 介護保険被保険者

_____様が受けた保険給付は、私の_____年_____月_____日の
不法行為に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは
 1. 国民健康保険給付分
 2. 後期高齢者医療給付分
 3. 介護保険給付分に限り、何人に対しても
示談の効力を主張しないこと。
3. 関連賠償責任保険会社(責任共済の共済責任を負う協同組合)に対しての契約内容の確認・
保険金(共済金)支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

_____年_____月_____日

_____長 様

誓 約 者 住所 _____

氏名 _____ 印

法定代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

誓約者との関係

(注) 未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。