

誓 約 書

国民健康保険

貴市町村の ~~老人保健~~ の下記 被保険者が受けた 保険給付
~~医療受給者~~ ~~医療給付~~
~~介護保険~~

は、私の不法行為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。

- 保険給付額
1. ~~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。
~~介護給付額~~
 2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは ~~老人医療給付分~~ 国保給付分 に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
~~介護給付分~~
 3. 上記 1 の支払に充てるため保険会社（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、~~医療給付額~~ 保険給付額 ~~介護給付額~~ 介護給付額 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。

平成 年 月 日

誓約者 住所 保証人 住所
氏名 印 氏名 印

保険者 阿久根市長 様

記

保 有 者	住所			
	氏名			
運 転 者	住所			
	氏名		契約者との関係	
被 保 険 者 医療受給者	住所			
	氏名			

「注 1」 印欄は契約者と運転手が異なる場合のみ記入して下さい。