

誓 約 書

様式第 6 号

誓 約 書

国民健康保険 保険給付
 保険者 貴 市町村 の ~~老人保健~~ の下記 被保険者 ~~医療受給者~~ が受けた ~~医療給付~~
~~介護保険~~ ~~介護給付~~

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
- ~~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~~
 - 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~~
 - 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~~ ~~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 18 年 6 月 30 日

誓約者 住所 市 町 保証人 住所
 氏名 田中 一郎 印 氏名 印
 保険者
 市町村 長殿

記

保 有 者	住所	市 町		
	氏名	田中 一郎		
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	市 町		
	氏名	国保 太郎		

「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。

加害者（相手）に記入
 してもらう
 ・ 2 部作成（加害者・保険
 者で保管）

誓約書の趣旨
 加害者（相手）に自賠償保険
 しか（もしくは無保険）ない
 場合に保険給付した分を求償
 するため

記名押印のもれがないように

未成年者の場合は
 親権者等
 （例 「父と子」）