

# 誓 約 書

貴 嬢 恋 村 の 国民健康保険の下記被保険者が受けた保険  
後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療 給付は、私の不法行為  
介護保険の下記被保険者が受けた保険

(交通事故)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 給付額確定時に損害賠償金を貴職に必ず返還すること。  
医療
- 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 給付分に限り何びとに対しても示談の  
介護保険  
 効力を主張しないこと。

相手側自賠責保険会社名

- 上記1の支払に充てるため △△損害 保険株式会社(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、保険 給付額を限度として貴職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、受領権行使をしないこと。

記入日を記載

〇〇年 〇〇月 〇〇日

誓 約 者 - 相手  
 連帯保証人 - 相手側の保証人

日付、誓約者、連帯保証人は相手側に記入して頂いて下さい。

加害者(相手)が未成年及び心神喪失者等の場合は、監督義務者及び監督者の署名、捺印とする。

誓約者住所 △△郡△△村〇-〇

氏名 相手 花子

実印

連帯保証人(誓約者との関係 長男)

住所 △×郡△×村〇-〇

氏名 相手 一郎

実印

相手側自動車に自賠責保険等の契約がある場合は認印でも可 ※複写分にも捺印

市 町 村 長  
 国保組合理事長  
 後期高齢者医療広域連合長

嬢恋村長 熊川 栄 様

相手側自賠責保険証明書番号

相 手	保 有 者	住所	△△郡△△村〇-〇		
		氏名	相手 花子	証明書番号	123-456789
被 保 険 者	運 転 者	住所	同 上		
		氏名	同 上	誓約者との関係	本 人
被 保 険 者	国保、後期高齢者医療及び介護被保険者	住所	〇〇郡〇〇村〇-〇		
		氏名	本 人 太 郎		

- 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。
- 自賠責保険証明書の写しを添付してください。(←相手側自賠責保険証明書)

該当項目に✓