

誓 約 書

貴 嬬 恋 村 国民健康保険の下記被保険者が受けた保険
 の 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。
- 上記1の支払に充てるため 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
医療
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。

令和 年 月 日

誓約者住所

氏名

実印

連帯保証人(誓約者との関係)

住所

氏名

実印

市 町 村 長
 国 保 組 合 理 事 長
 後期高齢者医療広域連合長

嬬恋村長 熊川 栄 様

保 有 者	住所			
	氏名		証明書番号	
運 転 者	住所			
	氏名		誓約者との関係	
国保、後期高 齢者医療及び 介護被保険者	住所			
	氏名			

- 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。
- 自賠償保険証明書の写しを添付してください。