

## 誓 約 書

貴(市・町・村・組合)の~~国民健康保険~~  
~~介護保険~~の下記~~被保険者~~が受けた~~保険給付~~  
~~老人保健~~~~受給者~~~~医療給付~~は、私の不法行為

(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。

1. ~~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。
2. 貴殿の書面承諾なしに示談した時は、~~国民健康保険給付分~~  
~~介護保険給付分~~  
~~老人保健医療給付分~~に限り何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
3. 上記1の支払いに充てるため\_\_\_\_\_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~~  
~~医療給付額~~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。

年 月 日

誓約者 住所  
 氏名 印  
 保証人 住所  
 氏名 印

田辺市長 宛

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運転者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被保険者 受給者)	住 所			
	氏 名			

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。