

誓 約 書

貴 保険者 国民健康保険 被保険者 保険給付
 の ~~後期高齢者医療~~ の下記 が受けた 医療給付
 広域連合 ~~介護保険~~ 医療受給 医療給付

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

1. ~~医療給付額~~ 確定時に損害賠償金をあなたに支払すること。
~~介護給付費~~

国保給付分

2. あなたの書面承諾なしに示談したときは ~~後期高齢者医療給付分~~ に限り、何人に対
~~介護給付分~~

しても示談の効力を主張しないこと。

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
 保険給付額
 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~~
 を限度としてあなた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
 与論町長様

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。
 2 交通事故以外も、これに準ずる。