

誓約書

貴保険者の
 広域連合の
 国民健康保険
 の後期高齢者医療
 介護保険
 の下記
 被保険者
 医療受給
 が受けた
 保険給付
 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。