

大 東 市

御中

(保険者名を記載ください)

誓 約 書

貴 (市・町・村・組合・後期高齢者医療広域連合) の 国民健康保険
後期高齢者医療 の下記被保険者
が受けた 保険給付
医療給付 は、私の不法行為 (交通事故等) 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ときは、国民健康保険給付分
後期高齢者医療給付分 に限り何人に対して
も示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

記

加 害 者 (第 三 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

(注) 加害者が未成年者の場合は親権者または世帯主が誓約書を記入してください。

※印欄は誓約者と第三者が異なる場合のみ記入してください。