

(交通事故以外の場合)

誓 約 書 (加害者側)

貴（市・町・村・国保組合・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（受給者）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。

- 1 保険給付額（医療給付額）確定時に損害賠償金を当方の過失割合により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。

平成 年 月 日

誓約者 住所
氏名 印

連帯保証人 住所
氏名 印

市 町 村
国保組合理事 長 殿
広 域 連 合

記

加 害 者	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被 保 険 者)	住所			
	氏名			

加害者が未成年の場合は親権者が誓約書を差し入れて下さい。

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。

