

誓 約 書

国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付
貴の 後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療給付 は、私の不法行為によ
介護保険の下記被保険者が受けた介護給付

の部分がありますので、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 (医療、介護) 給付額確定時に損害賠償を貴殿又は貴殿の指定した者に支払うこと。

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
介護保険給付分
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 損害保険会社又は共済 に対して有する自動車損害賠償責任保険(共済)及び自動車保険(共済)等から受けるべき保険金(共済金)中、保険(医療、介護)給付額を限度として、貴殿が受領することを承認します。

令和 年 月 日

誓約者 住 所

氏 名

印

山口県後期高齢者医療広域連合長 様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
第 三 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓 約 者 と の 関 係	※
被 害 者 (被 保 険 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のこと。