

誓 約 書 (相手者側)

貴（市町村国保組合・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は、私の不法行為（交通事故）に基づくものでありますので、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. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 被害者（被保険者）と示談するときは、貴殿の書面による承諾を得ること。
3. 貴殿の書面承諾なしに示談をしたときは、国民健康保険（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。
4. 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損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿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。
5. 上記 4 項記載の優先権を承認します。

年 月 日

誓約者 住所 印
氏名

※ 連帯保証人 住所 印
氏名

保険会社 会社名 印
 担当者 氏名

市 町 村
 国保組合理事 長 殿
 広 域 連 合 記

保 有 者	住 所			
	氏 名			
相 手 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			

- ※ 連帯保証人は自動車損害賠償保険（共済）のみ加入の方が必要となります。
- ※ 印鑑証明書を添付して下さい。
- ※ 相手者欄は誓約者と相手者が異なる場合のみ記入して下さい。