

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

る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
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。