

誓約書 (加害者側)

国民健康保険法 保険
1 貴 (保険者等) の、 後期高齢者医療 の下記被保険者 (加入者) が受けた 医療 給付は、交通事故
介護保険法 介護
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。

- 保険
(1) 医療 給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。
介護
(2) 上記1の支払に充てるため _____ 保険株式会社 (共済農協組合) に対して
保険
有する自賠償保険 (共済) から受けるべき保険金 (共済金) 中、 医療 給付額を限度として貴殿
介護
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。

2 貴殿が私の加入する関係保険会社等から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに
同意します

平成 年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

保険者等代表者氏名 浜 中 町 長 様

記

被害者	住所		
	氏名		
保有者	住所		
	氏名		
加害者	住所		
	氏名		
※被害者と誓約者との関係		自賠償 (共済) 証明書番号	

※印欄は、誓約者と被害者が異なる場合のみ記入してください。