

誓 約 書 (加害者側)

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

- （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。
- （3） 関係保険会社等から受けるべき損害賠償金額では損害額を賄えない場合は、その差額について貴
 殿の請求に応じ支払します。
 ※国保法第64条第1項に規定するものに限る。

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。

令和 年 月 日

誓約者 住所

氏名

㊟

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。