

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 ~~医療~~ ~~介護~~ 給付は、交通事故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~~ ~~介護~~ 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。

(2) 上記1の支払に充てるため 〇〇損害 保険株式会社（共済農協組合）に対して ~~医療~~ ~~介護~~ 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。

(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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

誓約者 住所 〇〇市〇〇町〇〇条〇〇丁目〇〇番地

氏名 北海 道男



保険者等代表者氏名 浜 中 町 長 様

記

被害者	住所	浜中町霧多布東4条1丁目35番地1		
	氏名	浜中 花子		
保有者	住所	〇〇市〇〇町〇〇条〇〇丁目〇〇番地		
	氏名	北海 道男		
加害者	住所	〇〇市〇〇町〇〇条〇〇丁目〇〇番地		
	氏名	北海 道男		
※被害者と誓約者との関係		自賠責（共済） 証明書番号	第 1 2 3 4 5 6	

※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。