

誓 約 書

平成・令和 年 月 日に発生した不法行為（交通事故）に起因して、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、後期高齢者医療及び介護保険の被保険者 _____様が受けた保険給付、医療給付及び介護給付は、私の不法行為（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 保険給付、医療給付及び介護給付額確定時に、私が負担すべき損害賠償金を貴職に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

令和 年 月 日

_____市町村長・国保組合理事長
奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 者（加害運転者）	住 所	
・加害運転者が未成年の場合は、 親権者が誓約下さい	氏 名	㊞

任意保険会社又は保証人	住 所	
・任意保険会社がない場合は 生計を一にしない者を 1 名 連帯保証人として立てて下さい	氏 名	㊞