

(様式6号)

誓約書

貴(市・町・村・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の下記被保険者が受けた保険給付医療給付は、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 保険給付額医療給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分後期高齢者医療給付分に関し何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
加 害 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) 加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。
※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。