

(様式6号)

(第三者が記入)

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 確定時に損害賠償金を貴殿に支払うこと。
医療給付額
- 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 に限り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 ○○市○○○町一丁目1番1号

氏名 加害次郎 印

保証人 住所 ○○市○○○町二丁目3番4号

△△海上火災保険株式会社
氏名 損害サービスセンター 印

市町村長・国保組合理事長
後期高齢者医療広域連合長様

記

保有者	住所	○○市○○○町一丁目1番1号		
	氏名	加害次郎	証明書番号	AB1234567
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	○○市○○○町四丁目5番11号		
	氏名	国保太郎		

(注) 加害者が未成年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。

○非該当箇所を二本線で抹消してください。

○(1)任意保険がある場合は、損保会社の担当者の部署、氏名を記入、押印してください。

(2)任意保険がない場合は、生計を一にしない者1名を連帯保証人として立ててください。

○自賠償の証明書番号を記入してください。