

誓約書 (加害者側)

貴 (区市町村広域連合、組合) の 国民健康保険 高齢者の医療の確保に関する法律 の下記 被保険者
介 護 保 険 加入者

が受けた 保険 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
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 給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払いすること。
医療
2. 上記 1 の支払いに充てるため _____ 保険株式会社 (共済農協組合) に対
して有する自賠責保険 (共済) から受けるべき保険金 (共済金) 中、 保険 給付額を限度
医療 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。

令和 年 月 日

誓約者 住 所

氏 名

印

区市町村名 日の出町

区市町村長 東 亨 殿

記

被害者	住 所		
	氏 名		
保有者	住 所		
	氏 名		
加害者	住 所		
	氏 名		
※加害者と誓約者との関係		自賠責 (共済) 証明書番号	

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。