

①被害にあった日を記入してください。

誓 約 書

平成20年 7月15日に発生した交通事故に起因して、貴（保険者・市町）の国民健康保険、後期高齢者医療（老人保健）及び介護保険の被保険者（受給者）が受けた保険（医療）給付は、私が当事者である交通事故に基づくものですから、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

1. 保険（医療）給付の価額が確定したときに、私が負担すべき損害賠償金を貴殿に支払うこと。
2. 貴殿の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（老人保健）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。
3. 上記1の支払に充てるため、下記の保険（共済）金から貴殿が保険（医療）給付の価額を限度として優先的に支払を受けることに対して、異議を申し立てないこと。

②加害者の自動車保険状況を記入してください。

区 分	契 約 先	証明書・証券番号
自動車損害賠償責任 保険（共済）	〇〇保険会社	9 9 9 9 9 9 9 9
自動車保険（共済） 【任意保険】	〇〇保険会社	1 1 1 1 1 1 1 1

平成20年 7月20日

③申請日を記入してください。

誓約者

住所 〇〇市〇〇町32-1

氏名 広域 太郎



市町長・後期高齢者医療広域連合長
国民健康保険組合理事長・介護保険広域連合長

様

④加害者の氏名等を記入してください。

印鑑を忘れずに押してください。