

誓 約 書（相手者側）

貴（市・町・村・組合・広域連合）の（国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険）の下記（被保険者・受給者）が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものですので、下記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保険者（市町村等）に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者（市町村等）に申し出て、了解を得ること。

年 月 日

誓 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

市 町 村

国保組合理事

_____ 広 域 連 合 長 殿

| | | | | |
|------|-----|--|---------|--|
| 相手者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 誓約者との関係 | |
| 被保険者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。