

誓 約 書 (相手側)

貴（市町村・国保組合・広域連合、広域市町村圏組合）の国民健康保険（後期高齢者医療、介護保険）の下記被保険者が受けた保険（医療）給付は私と_____様との間で発生した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（医療、介護）給付額確定時に損害賠償金を保険者等に支払うこと。
2. 保険者等の書面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、介護保険）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 _____
氏 名 _____ 印

保証人 住 所 _____
氏 名 _____ 印

_____ 玄 海 町 長 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) ※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。