誓　　　約　　　書

　　　保 険 者　　　国民健康保険　　　　　被保険者　　　　　　保険給付

貴　　　　　　の　後期高齢者医療　の下記　　　　　　　が受けた

　　　広域連合　　　介護保険　　　　　医療受給者　　　　　　医療給付

は、私の不法行為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。

　　保険給付額

１．医療給付額　確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。

　　介護給付額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　国保給付分

２．貴殿の書面承諾なしに示談したときは　後期高齢者医療給付分　に限り、何人に対

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護給付分

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保険会社（農業共同組合）に対して有する自動車

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険給付額

　損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、医療給付額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護給付額

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。

　　年　　月　　日

誓約者　住所　　　　　　　　　　　　　　保証人　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　印　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　鹿屋市長　殿

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　有　者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 運　転　者 | 住所 | ※ | | |
| 氏名 | ※ | 契約者との関係 | ※ |
| 被保険者  医療受給者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |

　「注１」　※印欄は契約者と運転手が異なる場合のみ記入して下さい。

２　　　交通事故以外も、これに準ずる。