

# 誓約書

- |          |                |
|----------|----------------|
| 1. 市・町・村 | 1. 国民健康保険被保険者  |
| 2. 国保組合の | 2. 後期高齢者医療被保険者 |
| 3. 広域連合  | 3. 介護保険被保険者    |

\_\_\_\_\_様が受けた保険給付は、私の \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日の  
不法行為(交通事故)に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは
  1. 国民健康保険給付分
  2. 後期高齢者医療給付分
  3. 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。
3. 上記 1. の支払に充てるため、
  1. 保険株式(相互)会社
  2. 共済農業協同組合に対して有する
  1. 自動車損害賠償責任保険
  2. 自動車損害賠償責任共済
  3. 任意自動車保険の対人賠償保険から受けるべき
  1. 保険金
  2. 共済金の保険給付額を限度として、貴職が優先的に受領することを承諾し、優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。
4. 自賠法第15条請求により保険金(共済金)等を請求する場合は、貴職にも連絡すること。
5. 関連自動車損害賠償責任保険会社(責任共済の共済責任を負う協同組合)に対しての契約内容の確認・保険金(共済金)支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 長 様

誓約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

法定代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

誓約者との関係 \_\_\_\_\_

(注) 未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。

