誓　　約　　書

貴後期高齢者医療広域連合の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（　　年　　日発生の交通事故）に基づくものでありますので、次の事項を遵守することを書面でもって誓約いたします。

1　保険給付額確定時に損害賠償額を貴殿に支払いすること。

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の支払いに充てるため　　保険会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度額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

氏　名　　㊞

保　証　人　　住　所

氏　名　　㊞

福島県後期高齢者医療広域連合長

記

保　有　者	住所			
	氏名		証 明 書 番 号	
加　害　者 （ 運 転 者 ）	住所	※		
	氏名	※	誓約書との関係	※
被　害　者 （ 被保険者 ）	住所			
	氏名			

（注）誓約者・保証人両方の印鑑証明を添付してください。

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。