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　　月　　日発生の事故）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。

　　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 | 住所 | ※ | | |
| 氏名 | ※ | 誓約者との関係 | ※ |
| 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。