

誓約書

貴 栃木県医師国民健康保険組合の国民健康保険 介護保険 の被保険者 国保 花代 が受けた保険給付は、
後期高齢者医療 要介護者等

私の不法行為（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します。

- 1 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記、1の支払に充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払を受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

誓約者 住所 △△市□□町○丁目○

氏名 相手 次郎

相手

○○○市 町 長 □□ □□□ 様
組合理事

事故発生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	事故発生場所	○○市○○町△丁目
※当事者との関係			
連帯保証人	○○市○○町□□番地 後期 春子		

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。