

誓 約 書 ( 相 手 者 側 )

貴 ( 市 ・ 町 ・ 村 ・ 国保組合 ・ 広域連合 ) の ( 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ 介護保険 ) の下記 ( 被保険者 ) が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものですので、下記の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

1. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴 ( 市 ・ 町 ・ 村 ・ 国保組合 ・ 広域連合 ) に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を貴 ( 市 ・ 町 ・ 村 ・ 組合 ・ 広域連合 ) に申し出て、了解を得ること。

平成 年 月 日

誓 約 者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

市 町 村  
 国保組合理事 長 殿  
 \_\_\_\_\_ 広 域 連 合

相手者	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被保険者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。