## 誓約 書(相手者側)

貴(市・町・村・国保組合・後期高齢者医療広域連合)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(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殿に支払いすること。
- 2.被害者(被保険者)と示談するときは、貴殿の書面による承諾を得ること。
- 3. 貴殿の書面承諾なしに示談をしたときは、国民健康保険(後期高齢者 医療、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。
- 4. 上記1の支払に充てるため 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。
- 5. 上記4項記載の優先権を承認します。

4.	介和		年	月	日	
誓約者	住月氏名					印
連帯保証人※1	住所 氏名					印
市 町 村 国保組合理事 広 域 連 合	長	殿				

記

保有者	住 所	
	氏 名	
相 手 者 (運 転 者) ※2	住 所	
	氏 名	誓約者との関係
被 害 者 (被保険者)	住 所	
	氏 名	

- ※1 連帯保証人は自動車損害賠償保険(共済)のみ加入の方が必要となります。
- ※2 相手者(運転者)欄は誓約者と相手者が異なる場合のみ記入して下さい。