

誓約書

(保険者名※を記載ください) 長 ○○ ○○ 殿

※○○市町村、○○国民健康保険組合、
○○県後期高齢者医療広域連合

誓約書

貴(市・町・村・組合・広域連合)の国民健康保険
介護保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法
後期高齢者医療医療給付

行為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。
医療給付額

1

2. 貴殿の書面承諾なしに示談した時は、国民健康保険給付
介護保険給付分に限り何人に対しても示談
後期高齢者医療給付
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 ○○ 保険株式会社(農業協同組合)
に対して有する損害賠償責任保険(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
医療給付額
の受領権行使をしないこと。

○ 年 ○ 月 ○ 日

誓約者 住所 ○○市○○222-2

氏名 求 償 太 郎 印

保証人 住所 2 印

氏名 印

記

保有者	住 所	○○市○○222-2		
	氏 名	求 償 太 郎	証明書番号	ABC-123-456
加害者 (運転者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被害者 (被保険者)	住 所	○○市○○111-1		
	氏 名	国 保 花 子		

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。

チェック①

該当する内容をそれぞれ選択する。

チェック②

加害者(第三者)側の署名捺印がなされているか確認。加害者が未成年の場合は、親権者の署名捺印が必要。保証人に保険会社名が記載されている場合もある。(任意対人一括有の場合等)

チェック③

それぞれの住所、氏名および各項目が記入されているか確認。誓約者と加害者(運転者)が異なる場合は、加害者欄の記載が必要。

加害者への趣旨説明

保険者等が加害者に代わって医療費を立て替えていることを理解してもらうことが重要です。