

誓約書

貴 前 橋 市 の 国民健康保険の下記被保険者が受けた保険
後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療 給付は、私の不法行為
介護保険の下記被保険者が受けた保険

(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いたします。

- 保険 給付額確定時に損害賠償金を貴職に必ず返還すること。
医療
- 貴職の承諾なしに示談したときは、国民健康保険
後期高齢者医療 給付分に限り何びとに対しても示談の
介護保険
効力を主張しないこと。
- 上記1の支払に充てるため 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職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、医療 受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者住所

氏名

実印

連帯保証人（誓約者との関係）

住所

氏名

実印

市 町 村 長
国 保 組 合 理 事 長
後期高齢者医療広域連合長

(あて先) 前 橋 市 長

保 有 者	住所			
	氏名		証明書番号	
運 転 者	住所			
	氏名		誓約者との関係	
国保、後期高齢者医療及び介護被保険者	住所			
	氏名			

- 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。
- 自賠責保険証明書の写しを添付してください。