

誓 約 書

有 田 市 国民健康保険 保険給付
 の 介 護 保 険 の 下 記 被 保 険 者 が 受 け た 保 険 給 付 は、私 の 不 法
 和 歌 山 県 後 期 高 齢 者 医 療 広 域 連 合 後 期 高 齢 者 医 療 医 療 給 付

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
2. 貴殿の書面承諾なしに示談した時は、国民健康保険給付分 介護保険給付分
 後期高齢者医療給付 限り何人に対しても示談
 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
 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
 氏名 印
 保証人 住所
 氏名 印

有田市長

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 殿

記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
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			
	氏名			

(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。