

誓 約 書

国民健康保険
後期高齢者医療
貴(市・広域連合)の 介護保険 の下記 被保険者が受けた 保険給付
子ども医療 医療給付
ひとり親家庭医療
心身障害(児)者医療

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
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
後期高齢者医療給付分
介護保険給付分 に限り何人に対しても示談
子ども医療給付分
ひとり親家庭医療給付分
心身障害(児)者医療給付分
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
医療給付額 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。

令和 年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

保証人 住所

氏名

印

(宛先)紀の川市長

記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
加害者	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被害者 (被保険者)	住所			
	氏名			

(注) ※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。