

誓 約 書（相手者側）

貴（市・町・村・国保組合・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、私の不法行為に基づくものですので、下記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（市・町・村・国保組合・広域連合）に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を貴（市・町・村・組合・広域連合）に申し出て、了解を得ること。

年 月 日

誓 約 者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 連帯保証人 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

市 町 村
 国保組合理事 長 殿
 広 域 連 合

相手者	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被保険者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。