

誓約書（加害者側）

長崎県後期高齢者医療広域連合の下記被保険者が受けた後期高齢者医療給付は、私の不法行為（交通事故）に基づくものですので、次の事項に遵守することを、書面をもって誓約いたします。

1. 後期高齢者医療給付額確定時に、損害賠償金を貴殿に支払うこと。
2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは後期高齢者医療給付分に限り、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、損害保険会社等に支払いの業務を委託した場合においても同様に、後期高齢者医療給付額を限度として、貴殿が保険金を優先的に受領することを承諾し、同優先分については誓約者の受領権行使をしないこと。

平成 年 月 日

誓約者 住所 _____
氏名 _____ ⑩

保証人 住所 _____
氏名 _____ ⑩

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

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) 2部複写し1部を返送してください。※欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。