

誓 約 書

貴後期高齢者医療広域連合の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（平成 年 日発生の事故）に基づくものでありますので、次の事項を遵守することを書面でもって誓約いたします。

- 1 保険給付額確定時に損害賠償額を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、後期高齢者医療保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

平成 年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名

保 証 人 住 所
氏 名

福島県後期高齢者医療広域連合長

記

保 有 者	住所			
	氏名		証 明 書 番 号	
加 害 者	住所			
	氏名		誓約書との関係	
被 害 者 (被 保 険 者)	住所			
	氏名			

(注) 誓約者・保証人両方の印鑑証明を添付してください。

印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。