

誓 約 書 (加害者側)

1 貴(保険者等)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 加入者 が受けた 保険 医療 給付は、
 介護 医療 給付は、
 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。

- 保険
 (1) 医療 給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。
 介護
- (2) 上記1の支払に充てるため _____ 保険株式会社(共済農協組合)に対して
 有する自賠償保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、 保険 医療 給付額を限度として
 介護
 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。
- 2 貴殿が私の加入する自動車損害賠償保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

誓約者 住所

氏名

Ⓜ

保険者等代表者氏名 北海道後期高齢者医療広域連合長 様

記

被害者	住所		
	氏名		
保有者	住所		
	氏名		
加害者	住所		
	氏名		
※加害者と誓約者との関係		自賠償(共済)証明書番号	

※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。