

※ 交通事故・動物咬傷
賠償保険加入以外の事故

誓 約 書 (相手方)

貴(市町等) 国民健康保険
介護保険
後期高齢者医療
医療福祉事業
の 被保険者
要介護者等
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、次の事項を遵守することを書面をもって
介 護

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すること。
介 護
- 2 貴殿の承諾無しに当事者間で示談契約はしないこと。もし、貴殿の了解無しに示談契約を

交わしたときは、国民健康保険給付分
介護保険給付分
後期高齢者医療給付分
医療福祉費
に限り示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 ⑩

保 証 人 住 所
氏 名 ⑩

保 険 者 名
(市町等名)

代 表 者 名 様