**様式C-第3号**

**誓　　約　　書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村（国保組合 | の | （国保・介護）被保険者  後期高齢者医療受給者 | である　　　　　　殿が受けた | 保険  医療  介護 | 給付は、 |
| (後期高齢者医療広域連合 |

　　　年　　月　　日に　私の不法行為によって生じた事故等によるものですので、下記の事項を

遵守することを誓約します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1． | 保険（医療）給付費が確定したときには損害賠償金を貴職に支払いすること。 | | | | | | | | |
| 2． | 貴職の承諾なしに示談したときは、 | | | 国民健康保険  後期高齢者医療  介護保険 | | | 保険（医療）の給付の価格の限度 | | |
|  | において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、 | | | | （損害賠償責任保険会社等） | | | | に対して有 |
|  | する | 自動車損害賠償責任保険 | から受けるべき | | | 保険金 | | ならびに任意保険の対人 | |
|  | 自動車損害賠償責任共済 | 共済金 | |
| 賠償保険金中、（保険・医療・介護）給付額を限度として、貴職が受領することを承諾する。 | | | | | | | | | |
| 4． | 加害者請求権により保険金等を請求する場合は、貴職にも連絡をすること。 | | | | | | | | |

　　年　　月　　日

誓　　 約 　　者　住　所

氏　　　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

保証人又は親権者　住　所

氏　　　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

誓 約 者との関係

市町村（国保組合）長

山梨県後期高齢者医療広域連合長　　殿

（注）１．加害者（誓約者）が未成年の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。