様式 16 号

誓　約　書（加害者側）

貴市町（国保組合）の国民健康保険又は後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療にかかる下記被保険者の保険給付は、私の行為（交通事故）に基づくものですので、法律上の責任の範囲内において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。

１．保険給付確定時に損害賠償金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国民健康保険及び後期高齢者医療の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私が加入する保険会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として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。

平成　　年　　月　　日

誓約者　住　所

氏　名　　印

保証人　住　所

氏　名　　印

市　　町
国保組合理事　長　　様
広 域 連 合

記

事故発生日	平　成　　年　　月　　日		
保　有　者	住　所		
	氏　名		証明書番号
加　害　者 （運 転 者）	氏　名		誓約者との関係
被　害　者 （被保険者）	氏　名		

（注）※印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。