

様式7号の1

誓 約 書 (相手側)

貴(市町・国保組合・広域連合、広域市町村圏組合)の国民健康保険(後期高齢者医療、介護保険)の下記被保険者が受けた保険(医療、介護)給付は、私と\_\_\_\_\_様との間で発生した第三者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誓約いたします。

- 1 保険(医療、介護)給付額確定時に損害賠償金を保険者等に支払うこと。
- 2 保険者等の書面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)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。

年 月 日

誓約者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※署名又は記名・押印

市町長 様  
国保組合理事長 様  
広域連合長 様  
広域市町村圏組合長 様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

※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。