

誓約書

貴(市町、国保組合、広域連合)の国民健康保険(介護保険・後期高齢者医療)の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為(交通事故)に基づくものですので、書面をもって次の1、2及び3の事項を遵守することを誓約し、4の事項について同意します。

- 1 保険給付額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(介護保険、後期高齢者医療保険)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。
- 3 上記1の支払に充てるため _____ 保険会社(農業共同組合)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、給付額を限度として貴殿が受領することを承認すること。
- 4 下記事故に関する私の個人情報の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - ①貴職又は長崎県国民健康保険団体連合会が、損害賠償請求に関する必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込みを含む。)等)について、保険会社等から情報の提供を受けること、又、損害賠償請求に関する必要な資料(保険給付額の算出基礎となる資料等)について、保険会社等へ提供すること。
 - ②この誓約書を保険会社等へ提示すること。

平成 年 月 日
 誓約者 住所 _____
 氏名 _____ 印
 保証人 住所 _____
 氏名 _____ 印

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	※	契約者との関係	※
被害者 (被保険者)	住所			
	氏名			

(注) ※印欄は誓約書と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。