

保険者の債権確保のために、加害者に誓約いただくものです。

## 誓約書(加害者側)

貴広域連合の後期高齢者医療制度の下記被保険者が受けた医療給付は、私の不法行為(交通事故等)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. 医療給付額確定時に損害賠償金を貴職に支払いすること。
2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは、後期高齢者医療制度給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

加害者が未成年等の場合は、監督義務者(親など)を誓約者とし、署名・押印してください。

誓約者 住所:

氏名: (印)

保証人 住所:

氏名: (印)

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

「生計を一にしない者1名」を保証人にしてください。加害者が使用人のときは、使用者を保証人とし、署名・押印をしてください。

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	※		

※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。