

債権確保のため、相手方(加害者)に誓約いただく書類です。

様式は国保用、後期高齢者用、介護保険用とありますので、お間違えのないようお気をつけください。

誓 約 書 (相手方側)

貴(市・町・村・組合)の国民健康保険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、傷害事故)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. 国民健康保険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、国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

加害者が未成年者等の場合は、監督義務者(親など)を誓約者とし、署名・押印をお願いします。

年 月 日

誓約者 住所：
氏名： ⑩

保証人 住所：
氏名： ⑩

市 町 村 長 様
岩手県医師国民健康保険組合

「生計を一にしない者一名」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・押印をお願いします。

記

相手方 (加害者)	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	
被保険者 (被害者)	住所			
	氏名			

※誓約者と相手方が異なる場合のみ記入してください。