様式第５号

誓　約　書

貴（保険者・市町）の国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の被保険者（受給者）

（　　）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、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

１　保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。

２　上記、1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払いを受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

令和　　年　　月　　日

誓約者　住　所

氏　名　　印

市町長・後期高齢者医療広域連合長
国民健康保険組合理事長・介護保険広域連合長
様

事故発生年月日	年　月　日	事故発生場所	
※当事者との関係			
連帯保証人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。