

## 誓約書

貴広域連合の後期高齢者医療保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものですので、書面をもって次の1及び2の事項を遵守することを誓約し、3の事項については同意します。

- 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 貴職の書面承諾なしに示談したときは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 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。

年 月 日

誓約者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保証人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

記

相手方	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被保険者	住所			
	氏名			

(注) 2部複写し1部を返送してください。※欄は誓約者と相手方が異なる場合のみ記入してください。