

(相手方)

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（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 上記1の支払いに充てるため、保険会社（農業協同組合）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、保険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。

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

保有者	住所			
	氏名		証明書 番号	
相手方 (運転者)	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被保険者 (運転者)	住所			
	氏名			

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