

誓 約 書

貴、広域連合の後期高齢者医療の下記、被保険者が受けた医療給付は、私の不法行為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殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは後期高齢者医療給付分に限り、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、医療給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住所

保証人 住所

氏名

印

氏名

印

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

記

保 有 者	住所			
	氏名			
運 転 者	住所	※		
	氏名	※	契約者との関係	※
被 保 険 者	住所			
	氏名			

「注1」 ※印欄は契約者と運転手が異なる場合のみ記入して下さい。