

誓 約 書 (第三者用)

貴（保険者）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（交通事故等）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。

年 月 日

誓 約 者 住 所

氏 名

㊞

保 証 人 住 所

氏 名

㊞

徳島県後期高齢者医療広域連合
連 合 長

様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者	住 所	*		
	氏 名	*	誓 約 者 と の 関 係	*
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

(注)・*印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。

・押す印については実印をお願いします。