

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、私との交通事故による第三者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。

平成 年 月 日

誓約者 住所
氏名 ㊟

保証人 住所
氏名 ㊟

山形県後期高齢者医療広域連合長 殿

記

保 有 者	住所			
	氏名		証 明 書 号 番	
第 三 者 (運 転 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。