

# 誓約書

木島平

- |          |                |
|----------|----------------|
| ①. 市・町・村 | ①. 国民健康保険被保険者  |
| 2. 国保組合  | 2. 後期高齢者医療被保険者 |
| 3. 広域連合  | 3. 介護保険被保険者    |

\_\_\_\_\_様が受けた保険給付は、私の \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日の  
不法行為に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは 

①. 国民健康保険給付分
2. 後期高齢者医療給付分
3. 介護保険給付分

に限り、何人に対しても  
示談の効力を主張しないこと。
3. 関連賠償責任保険会社(責任共済の共済責任を負う協同組合)に対する契約内容の確認・  
保険金(共済金)支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

\_\_\_\_\_木島平村長 あて

誓約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

法定代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

誓約者との関係 \_\_\_\_\_

(注) 未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。