

(相手方)

# 誓約書

貴（市町、国保組合、広域連合）の国民健康保険（介護保険、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 貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険（介護保険、後期高齢者医療保険）給付分限り、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●●損保(株) 保険会社（農業協同組合）に対して有する損害賠償責任保険（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。

※本誓約書の4項①、②に関しては誓約者が加入する保険が存在する場合

令和5年 11 月 1 日

誓約者 住所 ▲▲市★★27-1 加害 印  
氏名 加害 太郎

保証人 住所 ▲▲市★★27-1 加害 印  
氏名 加害 花子  
電話番号 (080) 8888-9999

大村市 長殿

記

相手方 (加害者)	住所			
	氏名	※	誓約者との関係	※
被保険者 (被害者)	住所			
	氏名			

(注) 2部複写し1部返送してください。※欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。