

別添3

誓 約 書

貴広域連合の後期高齢者医療制度の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）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. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払すること。
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の支払いに充てるため **加害者の自賠償保険契約会社及び共済名** 保険株式会社（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、保険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。

誓約日（届出日）を記載する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

誓 約 者 住 所 〇〇〇
氏 名 連 合 花 子



保 証 人 住 所 △△△
氏 名 後 期 次 郎



茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

保 有 者	住 所	加害車両の所有者の住所		
	氏 名	加害車両の所有者の氏名	証明書番号	加害自動車の契約する自賠償保険の証明書番号
加 害 者 (運転者)	住 所	加害者の住所		
	氏 名	加害者の氏名	誓 約 者 との続柄	(例) 本人
被 害 者 (被保険者)	住 所	被害者の住所		
	氏 名	被害者（被保険者）の氏名		