

誓 約 書

貴連合の後期高齢者医療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 医療給付額確定時に損害賠償金を貴連合に支払いすること。
- 2 貴連合の書面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。
- 3 高額療養費（償還分）の求償があった場合は求償に応じます。

令和 年 月 日

誓 約 者 住所 _____

氏名 _____ (印)

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____ (印)

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

記

保 有 者	住所			
	氏名		証明書番号	
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) 連帯保証人の印鑑証明を添付してください。

※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。