

## 誓 約 書

貴広域連合の後期高齢者医療の被保険者\_\_\_\_\_が受けた医療給付は、私の不法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. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは当該給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
3. 上記1の支払に充てるため交通事故が負傷原因の場合 \_\_\_\_\_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、その給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、同優先部分については誓約書の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住所

氏名

㊟

保証人 住所

氏名

㊟

三重県後期高齢者医療広域連合長様

※ 印鑑登録証明書を添付して下さい。