誓　約　書（相手方側）

　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医療給付は、私の不法行為（交通事故、傷害事故）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．後期高齢者医療制度給付額確定時に損害賠償金を貴職に支払いすること。

２．貴職の書面承諾なしに示談したときは、後期高齢者医療制度給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

　　年　　月　　日

誓約者　住所：

氏名：　　　 　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　保証人　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　 ㊞

岩手県後期高齢者医療広域連合長　　様

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 |  |

※誓約者と相手方が異なる場合のみ記入してください。