様式６号

誓　　約　　書（相手者側）

貴（市町村国保組合・後期高齢者医療広域連合）の国民健康保険（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）に基づくものでありますので、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いすること。
２．被害者（被保険者）と示談するときは、貴殿の書面による承諾を得ること。
３．貴殿の書面承諾なしに示談をしたときは､国民健康保険（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。
４．上記１の支払に充てるため　　保険会社（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。
５．上記４項記載の優先権を承認します。

平成　　年　　月　　日

誓約者　　住所
　　氏名　　実印

※ 連帯保証人　　住所
　　氏名　　実印

保険会社　　会社名
担当者　　氏名　　印

市町村
国保組合理事　　長　殿
広域連合

記

保有者	住所			
	氏名			
相手者（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			

※　連帯保証人は自動車損害賠償保険（共済）のみ加入の方が必要となります。
※　印鑑証明書を添付して下さい。
※　相手者欄は誓約者と相手者が異なる場合のみ記入して下さい。