

誓 約 書 (交通事故以外)

千葉県後期高齢者医療広域連合の下記被保険者が受けた後期高齢者医療給付は、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 後期高齢者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 損害賠償金について約定の期日までに支払うことができなかった場合は、その理由を貴殿に報告し、承諾を得ること。
- 3 貴殿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。
- 4 事故の原因や状況等の確認・調査に協力すること。

年 月 日

誓約者	住 所		
	氏 名		印
保証人	住 所		
	氏 名		印

様
記

加 害 者	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

(注) 印鑑証明を添付してください。

加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。