

別添3

誓 約 書

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. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払すること。
2. 貴殿の承諾なしに示談したときは後期高齢者医療分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
3. 上記1の支払いに充てるため 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、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。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 ㊟

保 証 人 住 所
氏 名 ㊟

茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて

自動車等の 保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
事故の相手方 (運転者)	住所			
	氏名		誓約者 との続柄	
被保険者	住所			
	氏名			