

別添 3-1 (交通事故外)

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。

年 月 日

誓 約 者 住 所  
氏 名 ⑩

保 証 人 住 所  
氏 名 ⑩

茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて

被 保 険 者	住 所	
	氏 名	