様式第８号

誓　　約　　書（加害者側）

1　貴(保険者等)の後期高齢者医療（~~国民健康保険~~ ~~介護保険~~）の下記被保険者／加入者が受けた（保険 ~~医療~~ ~~介護~~）給付は、第三者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 ~~医療~~ ~~介護~~）給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。

（2）上記１の支払に充てるため＿＿＿＿＿＿＿＿保険株式会社(共済農協組合)に対して有する自賠責保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、（保険 ~~医療~~ ~~介護~~）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。

（3）　関係保険会社から受けるべき損害賠償金額では損害額を賄えない場合は、その差額について貴殿の請求に応じ支払います。

2　貴殿が私の加入する関係保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに同意します。

年　　月　　日

誓約者 住所

氏名　　㊞

保険者代表者氏名　　北海道後期高齢者医療広域連合長　宛

記

被害者	住　所			
	氏　名			
保有者	住　所			
	氏　名			
加害者	住　所			
	氏　名			
※加害者と誓約者との関係			自賠責（共済）証明書番号	

※：誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

様式第８号

誓　　約　　書（加害者側）

１　貴(保険者等)の ~~国民健康保険~~ 後期高齢者医療 ~~介護保険~~ の下記 被保険者 加入者 が受けた 保険 ~~医療~~ ~~介護~~ 給付は、第三者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 ~~医療~~ ~~介護~~ 給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。

（２）上記１の支払に充てるため ＿○○損害＿ 保険株式会社(共済農協組合)に対して有する自賠責保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、保険 ~~医療~~ ~~介護~~ 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。

（３）関係保険会社から受けるべき損害賠償金額では損害額を賄えない場合は、その差額について貴殿の請求に応じ支払います。

２　貴殿が私の加入する自動車損害賠償保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに同意します。

年月日を書き忘れないよう

令和　3　年　4　月　28　日

誓約者　住所　○○市○○区○○○条○丁目

氏名　札　幌　五　郎　㊞

保険者等代表者氏名　　北海道後期高齢者医療広域連合長　宛

記

被害者	住　所	○○市○○区南○条西○○丁目		
	氏　名	広　域　太　郎		
保有者	住　所	○○市○○区○○○条○丁目		
	氏　名	札　幌　五　郎		
加害者	住　所	○○市○○区○○○条○丁目		
	氏　名	札　幌　五　郎		
※加害者と誓約者との関係			自賠責（共済）証明書番号	第123456

※：誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

※　交通事故以外の時は交通事故に関係する部分は斜線を引いてお使いください。