

※交通事故以外用

誓 約 書 (相手方)

貴後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療の被保険者 _____ 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 貴殿の承諾無しに当事者間で示談契約はしないこと。もし、貴殿の了解無しに示談契約を交わしたときは、後期高齢者医療給付分に限り示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓約者	住 所 _____
	氏 名 _____ ㊞
誓約者	住 所 _____
	氏 名 _____ ㊞

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様