様式第６号

**誓　　約　　書**

平成・令和　　年　　月　　日に発生した不法行為（交通事故）に起因して、貴（市・町・村・国保組合・後期高齢者医療広域連合）の国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の被保険者　　　　　　　　　様が受けた保険給付、医療給付及び介護給付は、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、医療給付及び介護給付額確定時に、私が負担すべき損害賠償金を貴職に支払いすること。

２　貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和 　　年 　　月 　　日

　　　　　市町村長・国保組合理事長

奈良県後期高齢者医療広域連合長　　　　殿

　　　　　　　誓 約 者（加害運転者）　　 住　所

・加害運転者が未成年の場合は、親権者が誓約ください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　任意保険会社又は保証人　　住　所

・任意保険会社がない場合は

生計を一にしない者を１名

連帯保証人として立てて下さい

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞