|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **誓約書**（第三者用）  貴（保険者）の後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療給付は、  　　　　私の不法行為（交通事故等）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．医療給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。  　　　　２．貴殿の書面承諾なしに示談したときは医療給付分に限り、何人に対  　　　　　しても示談の効力を主張しないこと。    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　誓　約　者　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　保　証　人　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　徳島県後期高齢者医療広域連合  　　　　　連　　合　　長　　　　　　　　　　　　　　様  記 | | | | |
| 保　　有　　者 | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | 証明書番号 |  |
| 加　　害　　者 | 住　所 | ＊ | | |
| 氏　名 | ＊ | 誓約者  との関係 | ＊ |
| 被害者  （被保険者） | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | | |

(注)・＊印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

　　・押す印については実印でお願いします。