|  |
| --- |
| **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。