

後

誓 約 書

貴後期高齢者医療広域連合の後期高齢者の医療給付対象者

被保険者の氏名

が受けた医療給付は、私の行為によるものですので、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職に支払うこと。
2. 事故の相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申出、承諾を得ること。

なお、貴職の書面承諾なしに示談したときは後期高齢者医療給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

3. 上記、1の支払に充てるため、貴職が医療給付の価額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から優先的に支払いを受けることを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。

令和 年 月 日

第三者（相手方）住所・氏名

誓約者 住所

氏名

印

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様