

※交通事故以外用

誓 約 書 (相手方)

貴(市町等) 国民健康保険
介 護 保 険 の 被 保 険 者
後 期 高 齢 者 医 療 要 介 護 者 等 が 受 け た

保 険
介 護 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
介 護 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、国民健康保険給付分
介 護 保 険 給 付 分 に 限 り 示 談 の 効 力 を 主 張 し な い こ と。
後 期 高 齢 者 医 療 給 付 分

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 ㊞

保 証 人 住 所
氏 名 ㊞

保 険 者 名 全国歯科医師国民健康保険組合
(市町等名)

代 表 者 名 理事長 三塚 憲二 様