

※交通事故以外用

誓 約 書 (相手方)

貴 全国歯科医師 国民健康保険組合 の 被 保 険 者 要 介 護 者 等 **全国歯組會員名** が受けた  
介 護 保 険 後 期 高 齢 者 医 療

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 に限り示談の効力を主張しないこと。  
介 護 保 険 給 付 分  
後 期 高 齢 者 医 療 給 付 分

令和元 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