

誓 約 書

貴 全国歯科医師国民健康保険組合の 国民健康保険 介護保険の 被保険者 が受けた保険給付は、
後期高齢者医療 要介護者等

私の不法行為（交通事故）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します。

- 1 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記、1の支払に充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払を受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 印

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 様

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
※当事者との関係			
連 帯 保 証 人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。