

誓 約 書 (相 手 者 側)

福岡県後期高齢者医療広域連合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福岡県後期高齢者医療広域連合に支払い
すること。
2. 相手者と示談を行うときはあらかじめ条件を福岡県後期高齢者医療広域連
合に申し出て、了解を得ること。
3. 上記1の支払いに充てるため_____保険会社（農業協同組合）
に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から福岡県後
期高齢者医療広域連合が、医療給付額を限度として優先的に受領することに
異議なく同意いたします。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

福岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
相 手 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓 約 者 と の 関 係	※
被 保 険 者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。