

## 誓 約 書 (相手方)

貴後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療の被保険者 \_\_\_\_\_ が受けた  
 保険給付は、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  
 誓約いたします。

- 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

栃木県後期高齢者医療広域連合長 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。