

誓 約 書

飯田市の国民健康保険被保険者 _____様が受けた 保険給付
医療給付 は、
私の平成 _____年 _____月 _____日の不法行為（傷害）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 確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
医療給付
- 2 貴職の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示
談の効力を主張しないこと。
- 3 貴職に対して有する 保険給付 の受給権（現物給付を除く）がある場合には、上記 1
医療給付 への優先的な充当を承諾すること。

飯田市長 様

平成 _____年 _____月 _____日

誓約者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

代理人 住所 _____

氏名 _____ ㊟ 誓約者との関係 _____

（注）被害者が未成年の場合は、親権者が念書を差し入れてください。