

● 傷害 相手方用 様式

相手方（第三者）が記載する

# 誓 約 書

被保険者名を記載する

飯田市の国民健康保険被保険者 乙山 良太 様が受けた 保険給付  
医療給付 は、  
私の平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

誓約者 住所 〇〇市〇町〇〇〇番地

誓約者は相手方（第三者）の署名・捺印

氏名 甲野 太郎 印 ①

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ① 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。