

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 後期 花代 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。

令和 2 年 4 月 30 日

誓約者 住所 △△市□□町○丁目○

氏名 相手 次郎

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

事故発生年月日	<u>令和 2 年 4 月 30 日</u>	事故発生場所	<u>〇〇市〇〇町△丁目</u>
※当事者との関係			
連帯保証人	<u>〇〇市〇〇町□□番地 後期 春子</u>		

※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。