（相手方）

誓　約　書（交通事故以外）

貴（市町、国保組合、広域連合）の国民健康保険（介護保険、後期高齢者医療保険）の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものですので、書面をもって次の１、２及び３の事項を遵守することを誓約し、４の事項については同意します。

１　保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。

２　貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険（介護保険、後期高齢者医療保険）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　上記１の支払に充てるため○○○○○○保険会社（農業協同組合）に対して有する損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿が受領することを承認すること。

４　下記事故に関する私の個人情報の取扱いにつき、以下の事項に同意します。

①　貴職又は長崎県国民健康保険団体連合会が、損害賠償請求に関する必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から情報の提供を受けること、又、損害賠償請求に関する必要な資料（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等へ提供すること。

②　この誓約書を保険会社等へ提示すること。

※本誓約書の４項①、②に関しては誓約者が加入する保険が存在する場合

○○○○年○○月○○日

誓約者　住　所　○○県○○市町○○番○○号

氏　名　○○　○○　㊞

保証人　住　所　○○県○○市町○○番○○号

氏　名　○○　○○　㊞

○○長殿

記

相　手　方 （加　害　者）	住　所			
	氏　名	※	誓約者との関係	※
被　保　険　者 （被　害　者）	住　所			
	氏　名			

（注）２部複写し１部返送してください。※欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください