

様式 7 号の 2

【福祉医療費】

誓 約 書 （相手側）

貴（市町・広域連合）の下記被保険者が受けた福祉医療費の助成は、私と_____様との間で発生した第三者行為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（医療、介護）給付額確定時に損害賠償金を保険者等に支払うこと。
- 2 保険者等の書面承諾なしに示談したときは福祉医療費の助成分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____印

保証人 住 所 _____

氏 名 _____印

_____市町長 様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓 約 者 との関係	※
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

※印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。