様式第５号

（相手方）

誓　約　書

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（交通事故）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）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、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。

年　　月　　日

誓約者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

保証人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

五　島　市　長　　様

記

保　有　者	住　所			
	氏　名		証 明 書 番 号	
相　手　方（運転者）	住　所	※		
	氏　名	※	契約者との関係	※
被 保 険 者（運転者）	住　所			
	氏　名			

（注）2 部複写し 1 部返送して下さい。

※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。