

誓 約 書 (相手方)

栃木県後期  
高齢者医療  
広域連合 ~~国民健康保険~~  
~~介護保険~~ の 被保険者  
後期高齢者医療 ~~要介護者等~~ が受けた  
~~医療福祉事業~~

~~保 険~~  
~~介 護~~ 給付は、私の不法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~~  
~~介 護~~ 給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払すること。
- 2 貴殿の承諾無しに当事者間で示談契約はしないこと。もし、貴殿の了解無しに示談契約を

交わしたときは、~~国民健康保険給付分~~  
~~介護保険給付分~~ に限り示談の効力を主張しないこと。  
後期高齢者医療給付分  
~~医療福祉費~~

年 月 日

誓 約 者 住 所  
氏 名 ⑩

保 証 人 住 所  
氏 名 ⑩

保 険 者 名 栃木県後期高齢者医療広域連合

代 表 者 名 広域連合長 佐藤 栄一 様