

誓 約 書 (相手方)

壬生町 ~~国民健康保険
介護保険
後期高齢者医療
医療福祉事業~~ の ~~被保険者
要介護者等~~ が受けた

~~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
後期高齢者医療給付分
医療福祉費~~ に限り示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 ⑩

保 証 人 住 所
氏 名 ⑩

保 険 者 名 壬生町
(市町等名)

代 表 者 名 壬生町長 小菅 一弥 様