

様式16号

誓約書

平成〇〇年〇〇月〇〇日に発生した不法行為（交通事故）に起因して、貴（市・町・村・国保組合・後期高齢者医療広域連合）の国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の被保険者 〇野〇子 様が受けた保険給付、医療給付及び介護給付は、私の不法行為（交通事故）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 保険給付、医療給付及び介護給付額確定時に、私が負担すべき損害賠償金を貴職に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇 (市) 町村長・国保組合理事長
奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓約者（加害運転者） 住所 〇〇市〇〇町3
氏名 〇田〇雄 (印)

・加害運転者が未成年の場合は、
親権者が誓約下さい

相手運転者が
署名捺印する

任意保険会社又は保証人 住所 〇〇市〇〇町
氏名 〇山△雄 (印)

・任意保険会社がない場合は
生計を一にしない者を1名
連帯保証人として立て下さい

任意保険一括の場合は、
保険会社及び担当者が、
それ以外は連帯保証人
が署名捺印する

◎本書は、不法行為により被害者が負傷し、保険者・市町村が保険給付等を行った場合、加害者が保険者・市町村に対し、保険給付等した額の限度内で過失割合に応じた損害賠償金を支払うことを誓約するものです。なお、やむをえず署名捺印を得られない場合（加害者の過失割合が低い場合等）は、「入手できず」として取り扱ってください。