第6号様式の2

誓　　約　　書

　貴後期高齢者医療広域連合の後期高齢者の医療給付対象者　　　　が

受けた医療給付は、私の行為によるものですので、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　 医療給付額確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。

 　2　 事故の相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にそ

の内容を申出、承諾を得ること。

　 　 なお、貴職の書面承諾なしに示談したときは後期高齢者給付分に

　 　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、貴職が医療給付の価額を限度とし

 て自動車損害賠償責任保険（共済）から優先的に支払いを受けるこ

 　 とを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しない

 　 こと。

 　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　 誓約者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　印

　熊本県後期高齢者医療広域連合長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　様