様式第14号－２

交通事故以外

誓　　約　　書

　愛媛県後期高齢者医療広域連合の被保険者 様が受けた保険給付は、　　　 年 　　 月 　　 日発生の事故による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誓約いたします。

１　保険給付額確定時に損害賠償金を貴方に支払いすること。

２　貴方の書面承諾なしに示談したときは後期高齢者医療給付分に限り、

何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

保　証　人

上記誓約者との関係

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様