

交通事故で相手を負傷させた方へ

交通事故によってケガをした人が、保険で治療を受けたとき、国民健康保険及び後期高齢者医療は加害者（相手）に代わって一時立替払いをするだけで、後に国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律の定めにより、保険者（市町、国保組合及び後期高齢者医療広域連合）は加害者に対してその立替分を請求していくことになります。

誓約書は民法上の受認義務の表明文書です。誓約事項を確認し記入の上、速やかに市町（国保組合）の国民健康保険又は後期高齢者医療の窓口へ書類を提出して下さい。

1. 誓約書（様式16号）

- ① 誓約者の住所、氏名、印鑑欄については、未成年者の場合、親権者（監督義務者）が記入して下さい。
- ② 保証人の住所、氏名、印鑑欄は、原則として生計を共にしていない第三者に記入してもらいますが、貴殿が雇われ人の立場にある場合（勤務中の事故、その他会社の車での事故等）は、雇い主が記入して下さい。
- ③ 加害者（運転者）欄は、誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。

留意事項

- ・ 自賠責保険は被害者を救済するための保険であり、国民健康保険及び後期高齢者医療が加害者に代わって立替えた分を自賠責保険へ請求することによって、加害者が処罰を受けるとか、自動車保険の掛金が上がるといった不利益は発生しません。
- ・ 無保険車、または自賠責保険のみの加入で支払の限度額を超えた場合、誓約者の負担になる場合があります。
- ・ 誓約者は記載事項を確認のうえ記入して下さい。保険者と加害者との誓約文書ですので、誓約書記載事項は必ず守って下さい。

※ご不明な点は、市町（国保組合）の国民健康保険及び後期高齢者医療の窓口へお問い合わせ下さい。

誓 約 書 (加害者側)

貴市町 (国保組合) の国民健康保険又は後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療にかかる下記被保険者の保険給付は、私の行為 (交通事故) に基づくものですので、法律上の責任の範囲内において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. 保険給付確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険及び後期高齢者医療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。
3. 上記 1 の支払いに充てるため私が加入する保険会社 (農業協同組合) に対して有する自動車損害賠償責任保険 (共済) から受けるべき保険金 (共済金) 中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については、誓約者の受領権行使をしないこと。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 印

保 証 人 住 所
氏 名 印

市 町
国保組合理事 長 様
広 域 連 合

記

事故発生日	年 月 日		
保 有 者	住 所		
	氏 名		証明書番号
※ 加 害 者 (運 転 者)	氏 名		誓約者との関係
被 害 者 (被 保 険 者)	氏 名		

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。