様式第6号の5(介護保険)

誓　　約　　書

　貴（かすみがうら市）の介護保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の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．保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。

2．貴殿の承諾なしに示談したときは介護保険分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

　　年　　月　　日

　　　誓　約　者　　　住　所

　　　　　　　　　　　氏　名

　　　保　証　人　　　住　所

　　　　　　　　　　　氏　名

|  |  |
| --- | --- |
| かすみがうら市長 | 殿 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加害者（第三者） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 誓約者との続柄 |  |
| 被害者（被保険者） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |