様式第7号－1

誓　約　書

長野＿＿＿＿＿＿＿＿ の ①市・町・村 / 2.国保組合 / 3.広域連合 ①国民健康保険被保険者 / 2.後期高齢者医療被保険者 / 3.介護保険被保険者

＿＿＿＿＿＿＿＿様が受けた保険給付は、私の＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日の不法行為に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。

2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは ①国民健康保険給付分 / 2.後期高齢者医療給付分 / 3.介護保険給付分 に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

3. 関連賠償責任保険会社（責任共済の共済責任を負う協同組合）に対しての契約内容の確認・保険金（共済金）支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

（宛先）　長野市長

誓　約　者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

法定代理人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　誓約者との関係

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。