

誓 約 書

貴田村市国民健康保険の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（ 年 月 日発生 of 交通事故）に基づくものでありますので、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額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 _____ 保険 会社（農業協同組合）に対して有する 相互 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書の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
保 証 人 住 所 _____
氏 名 _____ 印

田 村 市 長 様

記

保 有 者	住所			
	氏名		証 明 書 番 号	
加 害 者 (運 転 者)	住所			
	氏名		誓約者との関係	
被 害 者 (被保険者)	住所			
	氏名			