

# 誓 約 書

貴町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

鏡 石 町 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			

※任意保険(共済)より支払がされている場合は、省略しても差し支えない。