

誓 約 書

貴 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（交通事故）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 保険株式会社(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諾し、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。

年 月 日

誓約者

住 所

氏 名

印

保証人

住 所

氏 名

印

小川町長

あて

記

保 有 者	住 所		
	氏 名	証明書番号	
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		