

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時は、 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 医療給付額 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

記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
加害者	住所	※		
(運転者)	氏名	※	誓約者との関係	※
被害者	住所			
	(被保険者) 氏名			

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。