

誓 約 書

貴保険者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に異議なく同意します。

年 月 日

誓 約 者 住所

氏名

印

連帯保証人 住所

氏名

印

三 原 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			

（注）連帯保証人の印鑑証明を添付してください。

※印欄は、誓約者と運転手が異なる場合のみ記入してください。