

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(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。

年 月 日

誓 約 者	住所	
	氏名	㊟
連帯保証人	住所	
	氏名	㊟

野辺地町長 様

記

保 有 者	住所			
	氏名		証明書番号	
相 手 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) ※印欄は誓約者と相手者(運転者)が異なる場合のみ記入してください。