

誓 約 書 (相 手 者 側)

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保険者（市町村等）に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者（市町村等）に申し出
 て、了解を得ること。
3. 上記 1 の支払いに充てるため_____保険会社（農業協同組合）
 に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から保険者
 （ _____ ）が、保険給付額を限度として優先的に受領することに異
 議なく同意いたします。

平成 年 月 日

誓 約 者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

連帯保証人 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

築 上 町 長 殿

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 保 険 者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。

誓 約 書 (相 手 者 側)

貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 組 合) 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 保 険 者 (市 町 村 等) に 支 払 い す る こ と。
2. 被 害 者 と 示 談 を 行 う と き は あ ら か じ め 条 件 を 保 険 者 (市 町 村 等) に 申 し 出
て、了 解 を 得 る こ と。
3. 上 記 1 の 支 払 い に 充 て る た め (例 : 自 賠 責 保 険 者 名) 保 険 会 社 (農 業 協 同
組 合) に 対 し て 有 す る 私 の 契 約 す る 自 動 車 損 害 賠 償 保 険 者 (届 出 の 保 険 者 名) が、保 険 給 付 額 を 限
こ と に 異 議 な く 同 意 い た し ま す。

記入日をお願いします。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

誓 約 者 住 所 相手者の住所

氏 名 相手者の氏名

印

届出の保険者名の記入
をお願いします。

連 帯 保 証 人 住 所 連帯保証人の住所

氏 名 連帯保証人の氏名

印

〇〇 市 町 村 長 殿

国保組合理事

保 有 者	住 所	<u>保有者の住所</u>		
	氏 名	<u>保有者の氏名</u>	証 明 書 番 号	
相 手 者 (運 転 者)	住 所	※ <u>相手者の住所</u>		
	氏 名	※ <u>相手者の氏名</u>	誓 約 者 と の 関 係	※
被 保 険 者	住 所	<u>被保険者の住所</u>		
	氏 名	<u>被保険者の氏名</u>		

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。