

誓 約 書

貴（市・町・組合）の国民健康保険の次の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	実印
保 証 人	住所 氏名	実印

市・町
組合理事 長殿

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) 誓約書・保証人両方の印鑑証明を添付して下さい。

*印欄は誓約者と加害者（運転者）が異なる場合のみ記入して下さい。