

誓約書

貴滑川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事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 _____ 株式会社(農協協同組合)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諾し、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。

令和 年 月 日

誓約者 住所

氏名 ㊟

保証人 住所

氏名 ㊟

(宛先)
滑川町長

記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
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			

※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。