

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保給付分に限り、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書の受領権行使をしないこと。

令和 年 月 日

誓約者 住所
氏名 印

錦江町長 殿

記

保 有 者	住所			
	氏名			
運 転 者	住所	※		
	氏名	※	契約者との関係	※
被 保 険 者 医療受給者	住所			
	氏名			

「注1」 ※印欄は契約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。