

誓 約 書

貴 市 町 組合の 国民健康保険
介護保険 後期高齢者医療 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書面をもって誓約します。

- 1 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記、1の支払に充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払を受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 印

市 町 長
組 合 理 事 様

| | | | |
|-----------------|----------|-------------|--|
| 事 故 発 生 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 事 故 発 生 場 所 | |
| ※ 当 事 者 と の 関 係 | | | |
| 連 帯 保 証 人 | | | |

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。