

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者 (那珂川市) が、保険給付額を限度とし異議なく同意いたします。

記入日をお願いします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

誓 約 者 住 所 (相手の住所) 那珂川市西隈 18 丁目 1-1

氏 名 (相手の氏名) 那珂川 町子 (印)

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)

那珂川市長 殿

保 有 者	住 所	那珂川市西隈 18 丁目 1-1		
	氏 名	那珂川 町蔵	証 明 書 番 号	
相 手 者 (運 転 者)	住 所	※ 那珂川市西隈 18 丁目 1-1		
	氏 名	※ 那珂川 町子	誓約者との関係	※本人
被保険者	住 所	那珂川市西隈 1 丁目 1-1		
	氏 名	那珂川 市男		

(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。