

誓 約 書

大子町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. 貴殿の承諾なしに示談したときは国民健康保険分に限り、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。

令和 年 月 日

誓 約 者 住所
氏名

保 証 人 住所
氏名

大子町長 様

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 続 柄	
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			