

誓約書

貴 高島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. 上記の1の支払に充てるため 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）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を行使しないこと。

年 月 日

誓約者 住所
氏名 ㊟

保証人 住所
氏名 ㊟

高 島 町 長 殿

記

事故発生年月日				
事故発生場所				
加 害 者 (第 三 者)	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	
被 害 者 (被 保 険 者)	住所			
	氏名			

(注) ※印欄は誓約者と異なる場合のみ記入してください。