

# 誓 約 書

(加 害 者 側)

貴市町村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(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過失割合により損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 上記 1 の支払に充てるため \_\_\_\_\_ 保険株式会社(共済農協組合)に対して有する自賠償保険(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行わないこと。

年 月 日

誓約者 住所

氏名

⑩

保険者名 稚内市

保険者代表者氏名 稚内市長 工 藤 広 殿

## 記

被害者	住 所	稚内市	
	氏 名		
保有者	住 所		
	氏 名		
加害者	住 所		
	氏 名		
※加害者と誓約者の 関係		自賠償(共済) 証明書番号	

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。