

誓約書

(加害者側)

羽村市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過失割合により損害賠償金(国民健康保険給付分)を貴職に支払いすること。
2. 貴職の書面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。

年 月 日

誓約者 住所 _____

氏名 _____ 印

保証人 住所 _____

氏名 _____ 印

羽村市

代表者 羽村市長 あて

記

被害者	住所	
	氏名	
加害者	住所	
	氏名	
※加害者と誓約者との関係		

※欄は、加害者と誓約者が異なる場合のみ記入してください。