

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。