

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(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(国民健康保険給付分)を貴職に支払いすること。
2. 上記1の支払いに充てるため、

_____保険株式会社(共済農協組合)に
対し有する自賠責保険(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職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、誓約者の受領権を行使しないこと。

3. 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

保 証 人 所 在 地 _____
(損害保険会社)

社 名 _____ 印

羽 村 市

代表者 羽村市長 あて

記

被 害 者	住 所		
	氏 名		
保 有 者	住 所		
	氏 名		
加 害 者	住 所		
	氏 名		
※加害者と誓約者との関係		自賠責(共済) 証 明 書 番 号	

※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。