

加害者が記入します。
※加害者が誓約を拒否した場合は、被害者(被保険者欄)だけを記入してください。
※被害者側が勝手に加害者の誓約書を記入しないようにしてください!

誓 約 書

貴(市町村・組合)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1の支払いに充てるため、**加害者の自賠償保険会社または共済名** 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しないこと。

〇〇年 〇月 〇日

誓 約 者 住 所 茨城県かすみがうら市×××

氏 名 国保 一郎 ㊞

保 証 人 住 所 茨城県かすみがうら市×××

氏 名 出島 三郎 ㊞

市 町 村 長 殿
国保組合理事長

誓約者と生計を一にしない保証人の署名・捺印が必要です。
また、誓約者が被用者の場合は、使用人を保証人とします。

保 有 者	住 所	茨城県かすみがうら市×××		
	氏 名	国保 一郎	証明書番号	×××
加 害 者 (運 転 者)	住 所	茨城県かすみがうら市×××		
	氏 名	国保 一郎	誓 約 者 との 続 柄	本人
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所	茨城県かすみがうら市●●461		
	氏 名	霞 一郎		