

誓 約 書

貴市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私との交通事故による第三者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損害賠償金を貴市に支払いすること。
2. 貴市の承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分に関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)

署名または記名押印

保証人 住所

氏名 (印)

署名または記名押印

寒河江市長 様

記

事故発生年月日				
事故発生場所				
加 害 者 (第三者)	住所	※		
	氏名	※	誓 約 者 との関係	
被 害 者 (被保険者)	住所			
	氏名			

(注) ※印欄は、誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。