

誓 約 書

貴 三春町 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
(年 月 日発生の交通事故)に基づくものでありますので、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額を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿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。
- 3 上記1の支払いに充てるため_____^{保険}会社（農業協同組合）に対して有する
^{相互}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書の受領権
行使をしないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 印
保 証 人 住 所
氏 名 印

三春町長 様

記

保 有 者	住所			
	氏名		証 明 書 番 号	
加 害 者 (運 転 者)	住所			
	氏名		誓約者との関係	
被 害 者 (被保険者)	住所			
	氏名			