誓　　 約 　　書

貴市　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　確定時に損害賠償金をあなたに支払すること。

２　あなたの書面承諾なしに示談したときは　国保給付分　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の支払に充てるため保険会社（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　を限度としてあなた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。

　　　年　　 月　　 日

誓約者　住所 　　　　　　　　　　　　　　　　保証人 住所

氏名　　　　　　　　　　　　　 ㊞ 　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

いちき串木野市長　様

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保　有　者  | 住所  |  |
| 氏名 |  |
| 運　転　者  | 住所  | ※  |
| 氏名 | ※  | 契約者との関係  | ※  |
| 被保険者  | 住所  | いちき串木野市袴田1979番地4 |
| 氏名 |  |

1. ※印欄は契約者と運転手が異なる場合のみ記入して下さい。
2. 交通事故以外も、これに準ずる。