

誓 約 書

貴（市町村・国保組合）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関し、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 （署名又は記名押印） 印

保 証 人 住 所

氏 名 （署名又は記名押印） 印

市 町 村 長 殿

国保組合理事長

加 害 者 (第三者)	住 所			
	氏 名		誓 約 者 との続柄	
被 害 者 (被保険 者)	住 所			
	氏 名			