

様式第 6 号 (国民健康保険)

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関り、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。

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
国保組合理事長 殿

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 続 柄	
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			