

誓 約 書

神川町国民健康保険の下記被保険者が受けた保健給付は、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_____ 保険株式会社(共済農業共同組合)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諾し、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。

令和 年 月 日

誓約者

住 所

氏 名

印

保証人

住 所

氏 名

印

埼玉県児玉郡神川町長 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			