誓　約　書

　貴市の国民健康保険の被保険者　　　　　　　　　　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します。

1　保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。

2　上記、1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払いを受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　誓約者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下呂市長　　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事故発生年月日 | 年　　月　　日 | 事故発生場所 |  |
| ※当事者との関係 |  | | |
| 連帯保証人 |  | | |

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。