

誓 約 書 (加害者側)

貴町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（交通事故等）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 医療給付額確定時に損害賠償金を貴職に支払いすること。
- 2 貴職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。

年 月 日

誓約者 住 所
氏 名 印

保証人 住 所
氏 名 印

山 田 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			

※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。