

誓約書

新地町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 保険給付額確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 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すること。

年 月 日

誓約者 住 所
氏 名 印

市 町 村 長 様
(国保組合理事)

事故発生年月	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。