

誓 約 書 (第三者用)

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. 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。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所

氏 名

㊟

保 証 人 住 所

氏 名

㊟

保 險 者
国保組合理事 長

様

記

| | | | | |
|--------------------|-----|---|------------------|---|
| 保 有 者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 証 明 書 番 号 | |
| 加 害 者 | 住 所 | * | | |
| | 氏 名 | * | 誓 約 者 と の 関 係 | * |
| 被 害 者 (被 保 険 者) | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |

(注)・*印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

・押す印については実印をお願いします。