

誓 約 書

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額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関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

⑩

保証人 住 所
氏 名

⑩

様

記

加害者	住 所	
	氏 名	
被害者 (被保険者)	住 所	
	氏 名	

(注) 印鑑証明を添付してください。