

誓 約 書 (加害者側)

貴（市町村）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）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過失割合により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_____保険株式会社（共済 農協組合）に対して有する自賠責保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については、誓約者の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住所
氏名

印

保険者名 室 蘭 市

市町村長 室蘭市長 青山 剛 殿

記

被 害 者	住 所			
	氏 名			
保 有 者	住 所			
	氏 名			
加 害 者	住 所			
	氏 名			
※加害者と契約者との関係			自賠責(共済)証明書番号	

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。