

誓 約 書

貴御船町の国民健康保険の被保険者 被保険者氏名 が受けた
保険給付は、私の行為によるものですので、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職に支払うこと。
2. 事故の相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申出、承諾を得ること。

なお、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。

3. 上記、1の支払に充てるため、貴職が保険給付の価額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から優先的に支払いを受けることを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。

平成 年 月 日

第三者（相手方）住所・氏名

誓約者 住所

氏名

印

御船町長

国保組合理事長

様