

誓 約 書 (交通事故以外)

貴町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害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 損害賠償金について約定の期日までに支払うことができなかった場合は、その理由を貴殿に報告し、承諾を得ること。
- 3 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。
- 4 事故の原因や状況等の確認・調査に協力すること。

年 月 日

誓約者 住 所
氏 名

印

保証人 住 所
氏 名

印

多古町長 様

記

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			

加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。