

誓 約 書

田子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田子町に支払いすること。
2. 田子町の承諾なしに示談したときは国民健康保険分に限り、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 保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（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田子町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 証 人 住 所
氏 名 印

田 子 町 長 殿

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所			
	氏 名		契 約 者	
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			