

誓 約 書 (加害者側)

平内町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 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。

平成 年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

平 内 町 長 殿

記

| | | | | |
|----------------------|-----|---|---------------|---|
| 保 有 者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 証 明 書 番 号 | |
| 加 害 者 (運 転 者) | 住 所 | ※ | | |
| | 氏 名 | ※ | 誓 約 者 と の 関 係 | ※ |
| 被 害 者 (被 保 険 者) | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。