

様式第8号

誓 約 書

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（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誓約いたします。

- 1 保険給付額確定時に損害賠償金を貴町に支払いすること。
- 2 貴町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の支払いに充てるため\_\_\_\_\_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て貴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 ④

保証人 住 所  
氏 名 ④

(あて先) 三 芳 町 長

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
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) 印鑑証明を添付してください。※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。