

誓 約 書

川越市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。
- 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）にたい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殿が優先的に受領することを承諾し、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。

平成 年 月 日

誓約者 住所

氏名 印

保証人 住所

氏名 印

(提出先)

川 越 市 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	住所			
	氏名			