

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 ●●●● **相手方の自賠償保険会社** 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。

年 月

・誓約書は相手方から取得するものです。相手方から取得できなかった場合は、その理由を空欄に記入してください。

例：「相手方及び相手方保険者へ記入を求めましたが、協力を得られませんでした。」

・保証人になれるのは相手方の使用主、相手方契約任意保険会社（対人賠償保険対応の場合）、相手方と生計の異なるものです。

誓約者 住所

氏名 **未成年の場合は親権者が記入** ㊟

保証人 住所

氏名 **任意保険会社が対応する場合はそちらの署名捺印をお願いします** ㊟

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			