**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（交通事故等）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。

　　年　　月　　日

誓約者　住　所：

氏　名：　　　　　　　　　　　　　㊞

　　保証人　住　所：

氏　名：　　　　　　　　　　　　　㊞

　大槌町長　　　　　　様

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保有者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 証明書番　号 |  |
| 運転者（加害者） | 住　所 | ※ |
| 氏　名 | ※ | 誓約者との関係 |  |
| 被保険者（被害者） | 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。