

誓約書（相手方）

貴(八王子)市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、下記加害者の不法行為(交通事故)に基づくものであり、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

- 1 保険給付確定時に損害賠償金(国民健康保険給付分)を貴職に支払いすること。
- 2 上記1の支払いに充てるため _____ 保険(共済農協組合)に対して有する自賠償保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、保険限度額を上限とし、貴殿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。
- 3 貴職の書面承諾なしに示談したときは、国保給付分に限り、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

八王子市長 殿

誓約者

住所

加害者(相手方、未成年の場合、親権者)又は保険会社

氏名又は会社名

印

電話

被害者(被保険者) <small>(未成年の場合は世帯主)</small>	住所		
	氏名		印
	電話		
加害者(相手方) <small>(未成年の場合は世帯主)</small>	住所		
	氏名		印
	電話		
加害車両の保有者 <small>(未成年の場合は世帯主)</small>	住所		
	氏名		印
	電話		
※加害者と誓約者との関係		自賠償(共済) 証明書番号	

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。