

誓 約 書 (相 手 者 側)

福津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保険者（市町村等）に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者（市町村等）に申し出
 て、了解を得ること。
3. 上記 1 の支払いに充てるため _____ 保険会社（農業協同組合）
 に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から保険者
 （ 福津市 ）が、保険給付額を限度として優先的に受領することに異
 議なく同意いたします。

平成 年 月 日
 誓 約 者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 連 帯 保 証 人 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

 福 津 市 市 町 村
 国 保 組 合 理 事 長 殿

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
相 手 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓 約 者 と の 関 係	※
被 保 険 者	住 所	福津市		
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。