

誓 約 書

貴（市町村・組合）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貴殿に支払いすること。
- 2．貴殿の承諾なしに示談したときは国民健康保険分に関し、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 印

保 証 人 住 所
氏 名 印

長 殿

| | | | | |
|-----------------|-----|--|---------------|--|
| 加 害 者 （第三者） | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 誓 約 者 との続柄 | |
| 被 害 者 （被保険者） | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |