

# 誓約書

貴殿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 ㊟

尾花沢市長 菅根 光雄 殿  
山形県国民健康保険組合理事長 殿

## 記

|               |    |   |         |  |
|---------------|----|---|---------|--|
| 事故発生年月日       |    |   |         |  |
| 事故発生場所        |    |   |         |  |
| 加害者<br>(第三者)  | 住所 | ※ |         |  |
|               | 氏名 | ※ | 誓約者との関係 |  |
| 被害者<br>(被保険者) | 住所 |   |         |  |
|               | 氏名 |   |         |  |

(注) ※印欄は誓約者と異なる場合のみ記入してください。