誓 約 書

貴保険者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。
3. 上記 1 の支払いに充てるため保険会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として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。

年 月 日

誓約者 住所

保証人 住所

氏名

Ⓜ

氏名

Ⓜ

南九州市長 殿

記

保有者	住所			
	氏名			
運転者	住所	※		
	氏名	※	契約者との関係	※
被保険者 医療受給者	住所			
	氏名			

「注 1」 ※印欄は契約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

「注 2」 交通事故以外もこれに準ずる。