

様式第7

誓 約 書

貴市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私との交通事故による第三者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。

平成 年 月 日

誓約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

保証人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

天 童 市 長 殿

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書 番 号	
第 三 者 ( 運 転 者 )	住 所	※		
	氏 名	※	誓 約 者 との関係	
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。