

誓 約 書

相手方(第三者)が記載する

被保険者名を記載する

- 1. 市・町・村
- 2. 国保組合の
- 3. 広域連合

- 1. 国民健康保険被保険者
- 2. 後期高齢者医療被保険者
- 3. 介護保険被保険者

乙山 良太

様が受けた保険給付は、私の 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日の

不法行為(交通事故)に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。

2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは

- 1. 国民健康保険給付分
- 2. 後期高齢者医療給付分
- 3. 介護保険給付分

示談の効力を主張しないこと。

3. 上記 1. の支払に充てるため、

- 1. 保険株式会社(相互)会社
- 2. 共済農業協同組合

に対して有する

- 1. 自動車損害賠償責任保険
 - 2. 自動車損害賠償責任共済
 - 3. 任意自動車保険の対人賠償保険
- から受けるべき
- 1. 保険金
 - 2. 共済金
- の保険給付額を限度

として、貴職が優先的に受領することを承諾し、優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。

4. 自賠法第15条請求により保険金(共済金)等を請求する場合は、貴職にも連絡すること。

5. 関連自動車損害賠償責任保険会社(責任共済の共済責任を負う協同組合)に対しての契約内容の確認・保険金(共済金)支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

誓約者は相手方(第三者)の署名・捺印

〇〇市 長 様

誓 約 者 住所

〇〇市〇町〇〇〇番地
〇〇〇〇アパート〇〇〇号室

氏名

甲野 太郎



法定代理人 住所

誓約者との関係

氏名

Ⓜ

(注) 未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。