

誓 約 書 (加害者側)

貴町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（交通事故）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過失割合により損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 上記1の支払いに充てるため_____保険会社（共済農業協同組合）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
氏名

㊟

瑞穂町長 殿

記

被 害 者	住所			
	氏名			
保 有 者	住所			
	氏名			
加 害 者	住所			
	氏名			
※加害者と誓約者との関係		自賠償（共済） 証明書番号		

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。