

誓 約 書 (相 手 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香春町に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を香春町に申し出て、了解を得ること。
3. 上記1の支払いに充てるため (例：自賠償保険者名) 保険会社（農業協同組合）に対して有する私の契約する自動車損害賠償者（**届出の保険者名**）が、保険給付額を限りに異議なく同意いたします。

記入日をお願いします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

誓 約 者 住 所 **相手者の住所**

氏 名 **相手者の氏名**

印

連帯保証人 住 所 **連帯保証人の住所**

氏 名 **連帯保証人の氏名**

印

香春町長 殿

保 有 者	住 所	保有者の住所		
	氏 名	保有者の氏名	証 明 書 番 号	
相 手 者 (運 転 者)	住 所	※ 相手者の住所		
	氏 名	※ 相手者の氏名	誓 約 者 と の 関 係	※
被 保 険 者	住 所	被保険者の住所		
	氏 名	被保険者の氏名		

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。