

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、下記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貴町に申し出て、了解を得ること。

記入日をお願いします。

令和 年 月 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

相手者	住 所	保有者の住所		
	氏 名	保有者の氏名	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。