誓　約　書

貴　ふじみ野市　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損害賠償金を貴殿に支払いすること。

２．貴殿の書面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。

（加害者が加入している自賠責の保険会社（農業共同組合）名）

３．上記１の支払いに充てるため、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿保険会社（農業共同組合）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誓約者の受領権を行使しないこと。

令和　　年　　月　　日

誓約者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

保証人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

ふじみ野市長　あて

記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
＊運転者	住所			
	氏名		契約者との関係	
被害者（被保険者）	住所			
	氏名			

＊誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。