

## 誓 約 書 (交通事故以外)

貴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 損害賠償金について約定の期日までに支払うことができなかった場合は、その理由を貴殿に報告し、承諾を得ること。
- 3 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。
- 4 事故の原因や状況等の確認・調査に協力すること。

年 月 日

誓約者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

保証人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

銚子市長 様

記

加害者	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被害者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

(注) 印鑑証明を添付してください。

加害者が未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。

※印欄は、誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。