

誓 約 書

三戸町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、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三戸町に支払いすること。
2. 三戸町の承諾なしに示談した時は、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。
3. 上記1の支払いに充てるため、_____保険会社（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三戸町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。

令和 年 月 日

住 所 _____
誓 約 者
氏 名 _____ 印

住 所 _____
連帯保証人
氏 名 _____ 印

三 戸 町 長 殿

被保険者 (被害者)	住 所	
	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。