

## 誓 約 書

府中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（交通事故等）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府中町に支払いすること。
- 2 府中町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。
- 3 上記1の支払いに充てるため\_\_\_\_\_保険株式会社（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府中町が優先的に受領することに異議なく同意します。

年 月 日

誓 約 者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞  
 連帯保証人 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

広島県安芸郡府中町長 様

## 記

保 有 者	住所			
	氏名		証明書番号	
第 三 者 (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) 連帯保証人の印鑑証明を添付してください。

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

「3」及び「所有者」欄については、交通事故に該当する場合に記入してください。