

誓 約 書

貴志木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（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 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）等から支払いを受けることを承諾すること。

年 月 日

誓約者 住 所
氏 名 印

保証人 住 所
氏 名 印

志木市長 様

記

保 有 者 (車両事故の場合)	住 所			
	氏 名		証明書番号	
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			