

誓 約 書（相手者側）

貴（市・町・村・組合・広域連合）の（国民健康保険・老人保健・介護保険）の下記（被保険者・受給者）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、下記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保険者（市町村等）に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を **記入日をお願いします。** 出
て、了解を得ること。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 **相手者の氏名** _____

氏 名 **相手者の氏名** _____ (印)

連帯保証人 住 所 **連帯保証人の住所** _____

氏 名 **連帯保証人の氏名** _____ (印)

**届出の保険者名の記入
をお願いします。**

市 町 村

〇〇

国保組合理事 長 殿
広 域 連 合

相手者	住 所	保有者の住所		
	氏 名	保有者の氏名	誓約者との関係	※
被保険者	住 所	被保険者の住所		
	氏 名	被保険者の氏名		

(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。