

誓 約 書

貴 矢吹町 の国民健康保険の被保険者 が受けた保険給付は、

私の不法行為（交通事故）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します。

- 1 保険給付額確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 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）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

矢 吹 町 長 様

事 故 発 生 年 月	年 月 日	事故発生場所	
※当事者との関係			
連 帯 保 証 人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。