

誓約書

貴市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、傷害事件）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貴殿に支払いすること。
- 2 上記1の支払いに充てるため、_____保険会社（共済農協組合）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、保険者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、受領権を行使しないこと。

年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

多摩市長 殿

被害者 (被保険者)	住所			
	氏名			
加害者 (運転者)	住所			
	氏名		誓約者との関係	
保有者	住所			
	氏名		自賠責（共済） 証明書番号	

※加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。