

誓 約 書 ( 相 手 者 側 )

貴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保険者（宗像市）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保険者（宗像市）に申し出て、  
 了解を得ること。
3. 上記 1 の支払いに充てるため \_\_\_\_\_ 保険会社（農業協同組合）  
 に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から保険者  
 （宗像市）が、保険給付額を限度として優先的に受領することに異議なく同  
 意いたします。

年 月 日

誓 約 者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

宗 像 市 長 あて

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
相 手 者 ( 運 転 者 )	住 所	※		
	氏 名	※	誓 約 者 と の 関 係	※
被 保 険 者	住 所			
	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。