様式 11 号　　【 国民健康保険用 】

誓　約　書（相手者側）

福津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（福津市）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（福津市）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（福津市）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。

令和　　年　　月　　日

誓　約　者　　住　所

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福　津　市　長

国保組合理事長　宛

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	福津市		
	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。