

誓 約 書 (加害者側)

貴市の国民健康保険の被保険者_____が受けた（保険・医療・介護）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貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは当該給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払いに充てるため交通事故が負傷原因の場合 _____保険株式会社（農業協同組合）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、その給付額を限度として貴殿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誓約者の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住 所

氏 名 印

保証人 住 所

氏 名 印

多治見市長

(注) 印鑑証明を添付して下さい。