様式第６号

誓　　約　　書

　貴　**保険者**　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、**国保給付分**　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の支払に充てるため保険会社（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、**保険給付額**　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　保証人　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　保険者　姶良市長　　　　　　　殿

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保有者 | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 運転者 | 住　所 | ※ | | |
| 氏　名 | ※ | 契約者との関係 | ※ |
| 被保険者  医療受給者 | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | | |

　　「注１」　※印欄は契約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

　　　　２　　交通事故以外も、これに準ずる。