誓　約　書（相手方側）

　貴（市・町・村・組合）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（交通事故、傷害事故）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．国民健康保険給付額確定時に損害賠償金を貴職に支払いすること。

２．貴職の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

　　年　　月　　日

誓約者　住所：

氏名：　　　 　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　保証人　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　 ㊞

市　　 　　町　　 　　村

　　　　　　　　　　　　　　　長　　様

岩手県医師国民健康保険組合

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相手方（加 害 者） | 住　所 | ※ |
| 氏　名 | ※ | 誓約者との関係 |  |
| 被保険者（被　害　者） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

※誓約者と相手方が異なる場合のみ記入してください。