

誓 約 書

貴 三浦市 の国民健康保険被保険者_____が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）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します。

1. 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
2. 上記1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払いを受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

平成 年 月 日

誓約者 住 所

氏 名

印

三浦市長 吉田 英男 様

事故発生年月日	平成 年 月 日	事故発生場所	
※当事者との関係			
連 帯 保 証 人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。