

様式第13号(第20条関係)

誓 約 書 (加害者)

貴市の国民健康保険（老人保健）の下記被保険者が受けた保健（医療）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いたします。

- 1 保険（医療）給付確定時に損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険（老人保健）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（医療）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、誓約者に受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住所

氏名 ⑩

保証人 住所

氏名 ⑩

彦根市長 様

記

保 有 者	住所		
	氏名		証明書番号
加 害 者 (運 転 者)	住所		
	氏名		誓約者との関係
被 害 者 (被 保 険 者)	住所		
	氏名		

※ 印鑑証明を添付してください。

加害者(運転者)欄は、誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。