

誓 約 書

立 川 市 長

清 水 庄 平 殿

立川市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、傷害事件）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. 保険給付額が確定した際、損害賠償金（国民健康保険給付分）を過失割合により立川市国民健康保険に支払うこと。
2. 立川市国民健康保険の書面承諾なしに示談したときは、国保給付分に限り、何人に対してもその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_____保険株式会社（共済農協組合）に対して有する保険（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立川市が優先的に受領することを承認すること。

被 害 者	住 所	
	氏 名	
加 害 者	住 所	
	氏 名	
個人賠償責任保険の証明書番号		

年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(加害者との関係 _____)