

誓約書

1 貴市の国民健康保険の下記被保険者が受けた医療給付は、私の不法行為（交通事故）に基づくものですので、つぎ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) 医療給付確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払いすること。

(2) 上記(1)の支払いに充てるため 保険会社(共済農協組合)に対して有する自賠責保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、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の受領権行使をしないこと。

2 美唄市が取得した損害賠償請求権の行使にあたり、自動車損害賠償保険会社から情報の提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

住所

誓約者

氏名

印

美 唄 市 長 様

事故発生年 月 日	年 月 日	事故発生場所	
加害者	住所		
	氏名		
被害者	住所		
	氏名		
※被害者と誓約者との関係			

※印欄は、加害者と誓約者が異なる場合のみ記入してください。