

誓 約 書

貴 宇都宮市 の国民健康保険の被保険者 _____ 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。

年 月 日

誓 約 者 住 所

氏 名 印

宇 都 宮 市 長 佐 藤 栄 一 様

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
加害者との関係 ※			
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。