

# 様式7号の1

## 誓約書 (相手側)

貴町の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険医療給付は、私と\_\_\_\_\_様との間で発生した第三者行為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 保険医療給付額確定時に損害賠償金を保険者等に支払うこと。
- 2 保険者等の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓約者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_印

保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_印

吉野ヶ里町長 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			

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。