（様式第５号）

|  |
| --- |
| 誓　　　約　　　書　貴市町（組合、広域連合）の（国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険）の被保険者　　　　　　　　　　が受けた（保険・医療・介護）給付は、私の不法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・介護）給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。２．貴殿の書面承諾なしに示談したときは当該給付分に限り、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交通事故が負傷原因の場合　　　　　　　保険株式会社（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、その給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、同優先部分については誓約書の受領権行使をしないこと。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　誓約者　　住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　保証人　　住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　市町　　　　国保組合理事　　　　広域連合　　　長様 |

※　印鑑登録証明書を添付して下さい。

記載例　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式第５号）

|  |
| --- |
| 誓　　　約　　　書　貴市町（組合、広域連合）の（国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険）の被保険者　国　保　　太　郎　が受けた（保険・医療・介護）給付は、私の不法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・介護）給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。２．貴殿の書面承諾なしに示談したときは当該給付分に限り、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交通事故が負傷原因の場合　○○○○○○保険株式会社（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、その給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、同優先部分については誓約書の受領権行使をしないこと。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　誓約者　　住所　　○○市○○町○○番地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　加　害　　次　郎　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　保証人　　住所　　未成年者の場合は監督義務者　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　市町　　　　国保組合理事　　　　広域連合　　　長様 |

※　印鑑登録証明書を添付して下さい。

○誓約書入手不能理由（例）

事故原因について、当事者間で主張の違いがあるため、相手側に署名押印をしていただくことができません。