

誓約書 (加害者側)

- 貴(函館市)の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、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。
 - 保険給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。
 - 上記1の支払に充てるため、損害保険会社等から受けるべき保険金のうち、保険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。
 - 関係保険会社から受けるべき損害賠償金額では損害額を賄えない場合は、その差額について貴殿の請求に応じ支払します。
- 貴殿が私の加入する関係保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに同意します。

令和 元年 5月 7日

誓約者 住所 函館市健康町1番1号
氏名 役所明 印

(宛先) 函館市長

記

被害者	住所	函館市東雲町4番13号		
	氏名	国保 三郎		
加害者	住所	函館市健康町1番1号		
	氏名	役所明		
※加害者と誓約者との関係		本人	自賠責(共済)証明書番号	A-1234567

※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。