

誓 約 書

貴市国民健康保険の下記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いたします。

- 1 医療給付額確定時には、損害賠償金を尾道市に支払いすること。
- 2 被害者と示談を行うときは、あらかじめその条件を尾道市に申し出て、了解を得ること。
- 3 上記1の支払いに充てるため_____保険会社（共済団体）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、保険給付額を限度として貴保険者が優先的に受領することに異議なく同意します。

年 月 日

誓 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連 帯 保 証 人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

尾 道 市 長 様

車 両 の 保 有 者	住 所		
	氏 名	証 明 書 番 号	
第 三 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		

【注】※連帯保証人の印鑑証明を添付してください。

※印欄は、誓約者と第三者（運転者）が異なる場合のみ記入してください。

※「3」及び「車両の保有者」については交通事故に該当する場合に記入してください。