様式第7号

誓　約　書

東御　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

①市・町・村
2. 国保組合
3. 広域連合
の
①国民健康保険被保
2. 後期高齢者医療被
3. 介護保険被保

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様が受けた保険給付は、私の ＿＿＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿＿

不法行為（交通事故）に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。

2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは
①. 国民健康保険給付分
2. 後期高齢者医療給付分
3. 介護保険給付分
に限り、何人に対して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、
1. 保険株式（相互）会社
2. 共済農業協同組合
に対して有
1. 自動車損害賠償責任保険
2. 自動車損害賠償責任共済
3. 任意自動車保険の対人賠償保険
から受けるべき
1. 保険金
2. 共済金
の保険給付額を
として、貴職が優先的に受領することを承諾し、優先部分については、誓約者の受領権を行使しない

4. 自賠法第15条請求により保険金（共済金）等を請求する場合は、貴職にも連絡すること。

5. 関連自動車損害賠償責任保険会社（責任共済の共済責任を負う協同組合）に対しての契約内容の保険金（共済金）支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

＿＿＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿ 日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿長　様

誓　約　者 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

法定代理人 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

誓約者との

＿＿＿＿＿＿

（注） 未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。