

誓 約 書 (相 手 者 側)

広川町 の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものですので、下記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. 保険給付額確定時に損害賠償金を保険者（広川町）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条件を保険者（広川町）に申し出て、了解を得ること。

平成 年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 印

連 帯 保 証 人 住 所
氏 名 印

広川町長 殿

相手者	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被保険者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。