

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 記入日をお願いします。 出
て、了解を得ること。

平成 年 月 日

誓 約 者 住 所 相手者の氏名

氏 名 相手者の氏名

印

連帯保証人 住 所 連帯保証人の住所

氏 名 連帯保証人の氏名

印

広川町長 殿

相手者	住 所	保有者の住所		
	氏 名	保有者の氏名	誓約者との関係	※
被保険者	住 所	被保険者の住所		
	氏 名	被保険者の氏名		

(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。