第6号様式の1

誓　　約　　書

　貴　小国町の国民健康保険の被保険者　　　　　　が受けた保険給付は、私の行為によるものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

　 1　 保険給付額確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。

　 2　 事故の相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にそ

の内容を申出、承諾を得ること。

　 　 なお、貴職の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分

　 に限り、何人に対しても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、貴職が保険給付の価額を限度とし

 て自動車損害賠償責任保険（共済）から優先的に支払いを受けるこ

　 とを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しない

　 こと。

 平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　 誓約者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　 印

　 小国町長　様