

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について、次の事項を書面をもって誓約いたします。

- 1 保険給付額確定時には、損害賠償金を広島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広島市に申し出て、了承を得ること。
- 3 上記1の支払いに充てるため（ _____ ）保険会社（農業協同組合）に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から、広島市が保険給付額を限度として、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

_____ ⑩

広 島 市 長 様

加 害 車 両 の 保 有 者	住 所	
	氏 名	証明書番号
加 害 者 (運 転 者)	住 所	
	氏 名	誓約者との関係
被 害 者 (広 島 市 国 民 健 康 保 険 被 保 険 者)	住 所	
	氏 名	

- (注) 1 枠内部分について記入・押印してください。
2 誓約者は、加害者（交通事故等の相手方）としてください。ただし、その者が未成年の場合は、原則として世帯主氏名（支払能力のある者）を記入してください。
3 被害者側の過失が大きいなどの事情により加害者から誓約書の取得ができない場合は、下記にその旨（誓約書が取得できない理由）を記載のうえ、提出してください。

(誓約書が取得できない理由)