

誓 約 書

小平市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、^{交通事故}に基づくもので
^{傷害事件}
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（国民健康保険分）を小平市に支払うこと。
- 2 小平市の承諾なしに示談したときは、国保給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

記

被保険者 住 所 _____

氏 名 _____

令和 年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

TEL _____

小 平 市 長 殿

(注) 誓約者欄の記載について

加害者が未成年の場合は、監督義務者が、被用者（工作中での事故等）の場合は、使用者（会社の代表者）がご記入ください。

また、損害賠償金について、損害保険会社が支払う場合は、加害者のほか、保険会社の記載でも構いません。