

# 誓約書

鱒ヶ沢町国民健康保険の被保険者 \_\_\_\_\_様が受けた保険給付は、私の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である鱒ヶ沢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である鱒ヶ沢町に申し出て、その了承を得ること。
- 3 関連賠償責任保険会社（責任共済の共済責任を負う協同組合）に対しての契約内容の確認・保険金（共済金）支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

年 月 日

（宛先）鱒ヶ沢町長 殿

誓約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

保証人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印