

## 誓約書 (相手方)

- 北見市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(交通事故)に基づくものですので、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。
  - 保険給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。
  - 上記1.の支払いに充てるため \_\_\_\_\_ 保険会社(共済農協組合)に対して有する自賠責保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については、誓約者の受領権行使をしないこと。
- 貴殿が私の加入する自動車損害賠償保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに同意します。

年 月 日

誓約者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印) ※署名または記名押印  
電話番号 \_\_\_\_\_

北見市長様

記

事故日		発生場所	
被害者	住所		
	氏名		
保有者	住所		
	氏名		
加害者	住所		
	氏名		
※加害者と誓約者との関係		自賠責(共済)証明書番号	

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。