誓　約　書

貴町の国民健康保険の被保険者　　が受けた保険給付は、

私の不法行為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します。

1　この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価額の限度において代位取得し、損害賠償金（保険給付）の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において支払うことを確約します。

2　自動車損害賠償責任保険（共済）から支払われる損害賠償金が不足した場合で、私に請求したときは、損害賠償に応じることを確約します。

年　　月　　日

誓約者　住　　所
　　氏　　名　　印

二宮町 長　　様

事故発生年月日	年　　月　　日	事故発生場所	
※当事者との関係			
連帯保証人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。