

誓 約 書

ひたちなか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いたします。

- 1 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の承諾なしに示談したときは国民健康保険分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓約者 住所
氏名

印

保証人 住所
氏名

印

ひたちなか市長 殿

加害者 （第三者）	住所			
	氏名		誓約者との続柄	
被害者 （被保険者）	住所			
	氏名			