|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 誓　　約　　書    貴日高市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、  　　　　　　　　　　　　　　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　貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても  示談の効力を主張しないこと。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日  誓約者　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  保証人　　住　所  　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　日高市長　　　様    記 | | | | |
| 加　害　者 | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | 誓約者との関係 |  |
| 被　害　者  （被保険者） | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | | |