|  |
| --- |
| 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 |  |