**誓　約　書**

新発田市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(令和　　　年　　　月　　　　　　　日発生の事故・事件）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新発田市に支払すること。

２　新発田市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

　（自署又は記名押印）

保　証　人　住　所

氏　名

　（自署又は記名押印）

新　発　田　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 |  |