

誓 約 書

(交通事故用)

鹿沼市国健保の被保険者

が受けた保険給付は、

私の不法行為(交通事故)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 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記、1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険(共済)から支払いを受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所

氏 名 印

保険者名 鹿沼市

代表者名 鹿沼市長 宛

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。