様式６－１

**誓約書**

　貴　合志市国民健康保険の被保険者　　　　　　　　　　　が受けた保険給付は、私の行為（交通事故）によるものですので、

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職に支払うこと。

２．事故の相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職に

その内容を申出、承諾を得ること。

　　なお、貴職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。

３．上記、１の支払に充てるため、貴職が保険給付の価額を限

度として自動車損害賠償責任保険（共済）から優先的に支払い

を受けることを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領

権を行使しないこと。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

誓約者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

あて先

合志市長　荒　木　義　行