誓　約　書

相馬市の国民健康保険の被保険者　　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　保険給付額確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴市に支払いすること。

2　上記、１の支払いに充てるため、貴市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すること。

年　　月　　日

誓約者　住　　所

氏　　名　　印

相馬市長　　様

事故発生年月	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。