

誓約書(相手者側)

貴市の筑後市子ども医療費・ひとり親家庭等医療費・重度障害者医療費の支給に関する条例の下記受給者が受けた保険給付は、私の不法行為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市に支払すること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を市に申し出て、了解を得ること。
3. 上記1の支払いに充てるため_____保険会社(農業協同組合)に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険(共済)から市が保険給付額を限度として優先的に受領することに異議なく同意いたします。

年 月 日

誓約者 住所 _____

氏名 _____ 印

※署名または記名押印

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____ 印

※署名または記名押印

筑後市長 殿

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
相手者 (運転者)	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被保険者	住所			
	氏名			