様式11号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【 傷害事件用 】

誓　約　書（相手者側）

貴（市・町・村・組合・広域連合）の（国民健康保険・老人保健・介護保険）の下記（被保険者・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、下記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保険者（市町村等）に支払いすること。
2．被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者（市町村等）に申し出て、了解を得ること。

年　　月　　日

誓約者　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

久留米市長　殿

相手者	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被保険者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。