様式２－４

誓　　約　　書

貴市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は，私の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貴殿に支払いすること。
２．貴殿の承諾なしに示談したときは国民健康保険分に限り，何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年　　月　　日

誓　約　者　　住　　所
氏　　名　　印

保　証　人　　住　　所
氏　　名　　印

鹿嶋市長　田口　伸一　殿

加　害　者 （第　三　者）	住　　所			
	氏　　名		誓 約 者 との続柄	
被　害　者 （被保険者）	住　　所			
	氏　　名			