様式６－１

誓　　約　　書

貴阿蘇市の国民健康保険の被保険者　　が受けた保険給付について、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．被保険者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。

平成　　年　　月　　日

誓約者　住所

氏名　　印

阿蘇市長　　様