誓 約 書 (相 手 者 側)

貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 国保組合 ・ 広域連合) の (国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ 介護保険) の下記 (被保険者) が受けた保険給付は、私が占有する動物の加害行為に基づくものですので、動物の占有者として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貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 国保組合 ・ 広域連合) 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貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 組合 ・ 広域連合) に申し出て、了解を得ること。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 連帯保証人 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

市 町 村
 国保組合理事 長 殿
 広 域 連 合

動物の占有者	住 所			
	氏 名			
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。