様式 11 号　　【 動物占有者用 】

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。

平成　　年　　月　　日

誓 約 者　住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人　住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

市　町　村
小　郡　国保組合理事
＿＿＿＿＿　広 域 連 合　長 殿

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。