

誓 約 書

A 保険者名	B 該当を選択	C 被保険者(国保・後期)又は要介護者等(介護)を選択し、氏名(被害者名)を記載
貴 A ○○○市	B 国民健康保険 介護保険 後期高齢者医療	の C 被保険者 国保 花代 が受けた保険給付は、 要介護者等

私の不法行為（交通事故）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します。

- 1 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記、1の支払に充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払を受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

年 月 日	D 加害者情報を記載
D	
誓 約 者	住 所 △△市□□町○丁目○
	氏 名 相手 次郎 相手
E E 保険者名等記載	
○○○市	長 □□ □□□ 様

F F 事故情報等記載		
事 故 発 生 年 月 日	○ 年 ○ 月 ○ 日	事 故 発 生 場 所 ○○○市○○町△丁目
※ 当 事 者 と の 関 係		
連 帯 保 証 人	○○市△△町□□番地 ○○ □□	
G	G 保証人住所及び氏名記載	

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。