

誓約書

伊勢原市の介護保険の被保険者

が受けた保険給付は、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の支払いに充てるため、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)から支払い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

誓約者 住 所
氏 名

印

伊 勢 原 市 長

様

事 故 発 生 年 月 日		事 故 発 生 場 所	
※ 当 事 者 と の 関 係			
連 帯 保 証 人			

※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。