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。