

誓 約 書 (加害者)

貴市の_____医療の下記の受給者が受けた医療給付は、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 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、_____医療給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払に充てるため（_____）保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、医療給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

令和 年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

高 浜 市 長 宛

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明番号	
加 害 者 (運転者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (受給者)	住 所			
	氏 名			

※印欄は、誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。