

誓約書

神奈川県後期高齢者医療広域連合の被保険者 _____ が受けた保険給付は、

私の行為(交通事故等)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神奈川県後期高齢者広域連合
(以下「広域連合」という。)に支払うこと。
- 2 自動車損害賠償責任保険(共済)から支払われる損害賠償金が不足した場合で、私に請求したときは、
損害賠償に応じることを確約します。

年 月 日

(誓約者) 住 所

氏 名

㊞

(申請先)

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
※当事者との関係			
連帯保証人	(フリガナ) 氏名		
	住所	電話	

※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。