

# 誓約書

神奈川県後期高齢者医療広域連合の被保険者 後期 一郎 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旨を誓約します。

1 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害

(以下「広域連合」という。)に支払うこと。

2 上記、1の支払いに充てるため、広域連合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。

令和3年 4月 9日

(誓約者) 住所 **神奈川県△△市〇〇〇33-3**

誓約者は基本的に加害者本人ですが、  
保険会社でも可能です。その場合は、  
「※当事者との関係」に加害者の保険  
会社である旨を記載してください。

氏名 **広域 花子**



|          |                          |        |                      |
|----------|--------------------------|--------|----------------------|
| 事故発生年月日  | <b>令和3年 4月 4日</b>        | 事故発生場所 | <b>神奈川県〇〇市△△27-1</b> |
| ※当事者との関係 |                          |        |                      |
| 連帯保証人    | (フリガナ) <b>コウイキ ジロウ</b>   |        |                      |
|          | 氏名 <b>広域 次郎</b>          |        |                      |
|          | 住所 <b>神奈川県△△市〇〇〇33-3</b> | 電話     | <b>〇〇〇-×××-〇〇〇〇</b>  |

※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。

相手方から誓約書の取り付けが  
不能の場合は、傷病届処理欄の  
「無」にマルをつけてください。  
(白紙の誓約書の添付は不要です)