

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

(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。

相手側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)

令和5年4月9日

誓約書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。

(申請先)

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

住所

神奈川県△△市〇〇〇33-3

氏名

広域 花子



事故発生年月日	令和5年 4月 4日	事故発生場所	神奈川県〇〇市△△27-1
※当事者との関係			
連帯保証人	(フリガナ) 氏名	コウイキ ジロウ 広域 次郎	
	住所	神奈川県△△市〇〇〇33-3	電話 〇〇〇-×××-〇〇〇

※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。