

誓 約 書

貴 三郷市 の介護保険の下記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いたします。

- 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、介護保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払いに充てるため_____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、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、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。

年 月 日

誓約者 住 所

氏 名 ㊞

保証人 住 所

氏 名 ㊞

三郷市長 様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

誓 約 書

貴 介 護 市 の介護保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（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いたします。

- 1 保険給付額確定額のうち、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）等から支払いを受けることを承諾すること。

令和 7 年 5 月 10 日

誓約者 住 所 介護市中央区中落合 1－1－1
氏 名 介 護 太 郎 ⑩

保証人 住 所 介護市中央区南落合 1－1－1
氏 名 埼玉海上火災保険株式会社 ⑩
損 害 二 郎

介 護 市 長 様

記

保 有 者	住 所	介護市中央区中落合 1－1－1		
	氏 名	介 護 太 郎	証明書番号	01-000001
加 害 者 (運 転 者)	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被 害 者 (被保険者)	住 所	介護市幸区南 1－1－1		
	氏 名	保 険 花 子		