

誓 約 書 (加害者側)

1. 貴(保険者等)の 国民健康保険 の下記 被保険者 加入者 が受けた 保険 給付は
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 給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。

(2) 上記1の支払に充てるため 保険株式会社 (共済農協組合) に対して
有する自賠責保険(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。

2. 貴殿が私の加入する自動車損害賠償保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受ける
ことに同意します。

令和 年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

保険者等代表者氏名 洞爺湖町長 真屋 敏春 様

記

被害者	住 所			
	氏 名			
保有者	住 所			
	氏 名			
加 害 者	住 所			
	氏 名			
※加害者と誓約者との関係			自賠責 (共済) 証 明 書 番 号	

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。