誓約書（加害者側）

　貴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いたします。

１．医療給付額確定時に損害賠償金を貴職に支払いすること。

２．貴職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。

　　年　　月　　日

誓約者　住　所：

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　保証人　住　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　㊞

岩手県盛岡市長　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 |  |

※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。