

誓 約 書

東京都後期高齢者医療広域連合の下記被害者（被保険者）が受けた保険給付は、下記加害者の不法行為（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 保険給付額確定時に過失割合により損害賠償相当の金員を貴殿に支払いすること。
ただし、下記事故に起因する治療についての被害者が受けた保険給付のみを対象とする。

令和 年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

記

事故発生日時			
事故発生場所			
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。