

誓約書 (加害者側)

貴 の介護保険の下記受給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。

平成 年 月 日

誓約者 住 所
氏 名 印

保証人 住 所
氏 名 印

長
様

記

| | | | | |
|------------------|-----|---|---------|---|
| 保 有 者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| 加 害 者 (運 転 者) | 住 所 | * | | |
| | 氏 名 | * | 誓約者との関係 | * |
| 被 害 者 (受 給 者) | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |

(注) 印鑑証明を添付して下さい。*印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。