

※ この用紙は、加害者側でお書きください。

ただし、被害者の治療費（自己負担分）を加害者側に請求する（している）場合のみ提出してください。

記入例

## 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。

令和元年 5月 〇日

損害保険が直接対応される場合は、  
ご担当者様でご記入ください。誓約者  
損害保険の対応がない場合は、後期  
高齢者医療からの請求に応じる方が  
ご記入ください。

〒123-4567  
〇〇区〇〇町3-6-9  
住所 △〇損害保険ビル 〇階  
△〇損害保険株式会社  
〇〇サービスセンター 担当 〇〇  
氏名 電話 03-〇〇〇〇-〇〇△△ 

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

## 記

事故発生日時	令和元年5月1日 午前9時5分ころ		
事故発生場所	〇〇市〇〇町2-4-6		
被害者	住所	〇△〇区〇△町4-5-6	
	氏名	東京 〇子	
保有者	住所	事故した車両の保有者が、業務用車両など加害者本人と異なる場合は記入してください。	
	氏名		
加害者	住所	〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室	
	氏名	〇〇 太郎	
※加害者と誓約者の関係	損害保険会社	自賠責（共済） 証明書番号	A09876543

※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。