

誓約書

様（被害者）との間において起きた事故（令和 年 月 日
午前・午後 時 分頃）により、上記被害者が被った傷病の治療に要する費用について、マイナ保険証又は資格確認証等の使用により医療給付が行われた場合は、地方公務員等共済組合法第50条第1項の規定に基づき、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

- 1 貴組合からの医療給付額について、損害賠償金を支払すること。
- 2 貴組合の承諾なしに示談したときは医療給付分に限り、示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払に充てるため自動車損害賠償責任保険から受けるべき保険金中、医療給付額を限度として貴組合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。

令和 年 月 日

香川縣市町村職員共済組合理事長 様

申 立 人 住 所
(加害者又は親権者) 氏 名 印
(印鑑証明添付)

立 合 人 住 所
(保 險 会 社) 氏 名 印

(注) 保険会社が求償に同意している場合は、申立人の印鑑証明は不要です。