

誓約書

年 月 日発生 of 交通事故により、一宮市介護保険の被保険者
() が受けた保険給付は、私の不正行為（交通事故）に基づ
くものですので、つぎ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。
3. 上記1の支払に充てるため () 保険株式会社（農業協同組合）
に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、
保険給付額を限度として貴職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

誓約者 住 所
氏 名 印

保証人 住 所
氏 名 印

(あて先) 一 宮 市 長