

第三者行為誓約書

東久留米市国民健康保険の下記被害者（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金を貴殿に支払いすること。

年 月 日

誓約者 住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ (印)

東久留米市長 殿

記

| | | |
|---------------------|-----|--|
| 被害者 (被保険者) | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| 加害者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| 加害者と誓約者 との関係 (※) | | |

※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。