

誓 約 書

事故発生年月日・時刻 平成・令和 年 月 日 時 分 頃

事 故 発 生 場 所 _____

事 故 の 当 事 者 (甲) 住所 _____

氏名 _____ (歳)

(乙) 住所 _____

氏名 _____ (歳)

＜立替治療費の支払方法(具体的に、誰がどのようにして支払うのか)＞

(被害者名:乙)

上記のとおり _____ に与えた交通事故障害により、貴組合が保険給付された医療費について、事故の過失割合に応じて、貴組合が負担された金額を限度とし、請求のあり次第遅滞なく貴組合にお支払い致します。

なお、あわせて私の加入する自動車保険の取扱いにおいて、次の事項について異議のないことを誓約します。

1. 私の加入する自動車保険(自賠責保険及び任意保険)の保険金を貴組合が直接請求されること
2. 私の加入する自動車損害賠償責任保険(自賠責)から貴組合が優先的に請求受理されること。

令和 年 月 日

(甲) 氏名 _____ (印)

(電話)

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____ (印)

(電話)