

# 誓 約 書

貴組合の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）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 保険給付確定時に損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 貴殿の承諾なしに示談したときは、共済組合及び互助会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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 ○○市○○町○○番地

誓 約 者

氏 名 共 済 二 郎



住 所 ○○市○○町○○番地

保 証 人

氏 名 共 済 三 郎



山形県市町村職員共済組合理事長 様

一般社団法人山形県市町村職員互助会理事長 様

記

保有者	住 所	○○市○○町○○番地		
	氏 名	共 済 二 郎		
加害者 (運転者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被害者 (被保険者)	住 所	○○市○○町○○番地		
	氏 名	共 済 太 郎		

(注) ※欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。