

# 誓約書

大田区介護保険課に係る下記被保険者が受けた保険給付は、私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本書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（介護保険給付分）を大田区に支払うこと。
- 2 大田区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。

(宛先) 大田区長

年 月 日

被害者（被保険者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

加害者（損害保険会社）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

加害者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_