誓 約 書

下記被保険者（組合員）が山形県市町村職員共済組合から受けた当該事故に起因する給付は、加害者（運転者氏名） _____との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 貴組合が行った当該事故に起因する給付については、貴組合からの請求に基づき、当該事故の過失割合に応じた損害賠償金を支払うこと。
- 2 貴組合の承諾なしに示談したときは、共済組合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

(誓約者) 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
(保証人) 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
誓約者との関係 _____

山形県市町村職員共済組合理事長 様

記

事故発生年月日	令和	年	月	日
加害者 (運転者)	住 所	*		
	氏 名	*		
被保険者 (組合員)	住 所			
	氏 名			

※ *の欄は誓約者と加害者（運転者）が異なる場合に記入してください。

※ 任意保険が一括して手続を担う場合、保証人欄は保険会社担当者が記入ください。