

損害賠償金納付確約書・念書

平成 年 月 日に(受診者氏名) _____ に傷害を負わせましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、大分県市町村職員共済組合が代位取得し、大分県市町村職員共済組合から損害賠償金(保険給付)の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますので、保険給付してください。

なお、傷害が交通事故による場合は、大分県市町村職員共済組合が代位取得した損害賠償に対して自動車損害賠償保険から、大分県市町村職員共済組合が優先的に充当支払いを受けられることに異議ありません。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、大分県市町村職員共済組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

平成 年 月 日

損害賠償支払義務者(未成年の場合は親権者)

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電 話 番 号 () _____

任意保険会社

住 所 _____

保険会社名 _____

担当者氏名 _____ ⑩

電 話 番 号 () _____

大分県市町村職員共済組合 理事長 殿

※損害賠償支払義務者が任意保険会社と契約している場合は、下欄に任意保険会社の担当者から記名・押印をしてもらえれば、損害賠償支払義務者の記名・押印を省略しても差し支えありません。