|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確　　約　　書 | | | | | |
| 当　事　者 | 被害者 | 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | |
| 氏　名 | （　　　歳） | | |
| 加害者 | 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | |
| 氏　名 | （　　　歳） | | |
| 加害自動車 | 車両番号 |  | | 保険証明書番号 |  |
| 車体番号 |  | | 保険会社名 |  |
| 保険契約者 | 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | |
| 氏　名 |  | | |
| 事故発生年月日 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　時　　　　　　分ごろ | | | |
| 事故発生場所 | |  | | | |
| 事故発生の状況 | |  | | | |
| 補償先行を  申出る理由 | |  | | | |
| 上記理由により、（　　　　　　　　　）費について貴基金において補償先行していただくようお願いするとともに、今後、貴基金からの求償交渉に誠意をもって応じ、損害賠償額が確定のうえは、賠償義務額について貴基金からの請求に基づき支払うことを確約いたします。  　また、（被災職員）　　　　　　　　殿と示談を行う場合には、必ず事前に貴基金に申出ます。  　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 ㊞  　地方公務員災害補償基金岩手県支部長　様 | | | | | |

支部様式６－２