

確 約 書

地方公務員災害補償基金大阪府支部長 様

被災職員	住所	
	氏名	
相手方	住所	
	氏名	
事故	発生日時	令和 年 月 日 () 時 分頃
	発生場所	

標記の事故により被災職員に生じた人身損害につき、貴基金が地方公務員災害補償法に基づき、被災職員に対し、同法に定める補償を行った場合、貴基金が被災職員の弊社に対して有する損害賠償請求権を補償の価額の限度において取得した代位請求額に対し、弊社は次の保険契約に基づき、法律上負う賠償責任の範囲内の債務について、支払義務のあることを認めます。

併せて、被災職員が受ける補償の事由と同一の事由による損害について、貴基金の了解を得ずに被災職員と示談を行わないことを誓約します。

[保険契約]

証券番号 _____ 契約者名 _____

保険期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

_____ 年 _____ 月 _____ 日

[保険会社名] _____

[本店住所] _____

[営業所名] _____

[営業所住所] _____

[電話番号] _____

[会社を代表して本件を誓約する権限を有する者] _____ (印) (担当者名: _____)