

誓 約 書

加 害 者
住 所
氏 名

被 害 者
住 所
氏 名

事 故 発 生 日 時 : 年 月 日 曜 日 時 分 頃

事 故 発 生 場 所 :

事 故 状 況 :

上 記 第 三 者 行 為 に よ る 事 故 の た め 貴 組 合 被 保 険 者 又 は 被 扶 養 者 (被 害 者) の 被 っ た 災 害 に 関 す る 健 康 保 険 法 に 規 定 す る 保 険 給 付 費 (治 療 費 、 傷 病 手 当 金 等) に つ い て は 、 加 害 者 で あ る 私 が 責 任 を も っ て 全 額 (被 害 者 に 過 失 が あ る 場 合 は 被 害 者 の 過 失 相 当 分 を 控 除 し た 額) 支 払 う こ と を 誓 約 い た し ま す 。

な お 、 示 談 を 行 う 場 合 に は 、 必 ず 前 も っ て 貴 組 合 に そ の 内 容 を 申 し 出 ま す 。

年 月 日
住 所

誓 約 者

氏 名

㊞

住 所

連 帯 保 証 人

氏 名

㊞

プ ル デ ン シ ャ ル 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿