

誓約書

加害者 住所

氏名

被害者 住所

氏名

事故発生日時 平成・令和 年 月 日 時 分頃

事故発生場所

事故概要

上記第三者行為による事故のため、貴組合被保険者もしくは被扶養者(被害者)の被った被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支払うことを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

誓約者 氏 名

⑩

連絡先電話番号

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿