

誓 約 書

令和 年 月 日 ()殿を第三者行為傷病届の
事由により負傷させました。健康保険法による保険給付をご承認いただきたく
申請するとともに、貴健康保険組合が給付した費用については、責任をも
って給付の価額を限度に賠償することを誓約します。また、あわせてつぎの
事項を遵守することを誓約します。

1. 本保険事故について損害賠償をめぐる争いが生じた場合でも、貴健康保険組合からの健康保険給付金の賠償請求に対しては、これらの争いとは切り離して賠償します。
2. 賠償金の支払にあたっては、過失割合について後日協議の上、貴組合が認定した過失割合に応じた賠償責任額を指定納付期限までに納付します。

* 以下該当する方がご記入ください。

1. 加害当事者（未成年の場合は親権者等〔続柄 〕、業務上であれば使用者）
2. 加害者の代理人たる損害保険会社のご担当者

令和 年 月 日

住 所

氏 名



署名または記名捺印

-----備考欄-----

加害者に記入・捺印をいただけない場合はその理由をご記入ください。

.....

.....

.....

令和 年 月 日

被保険者氏名



署名または記名捺印