

誓 約 書

(事故月日) (事故発生場所)
令和 年 月 日 _____ において
(加害者) (被害者)
_____ と _____ との間に発生した事故にかかる

健康保険給付費について、貴健康保険組合から請求があったときは、遅滞なく

支払いすることを誓約いたします。

令和 年 月 日

塩野義健康保険組合理事長 殿

加 害 者 住 所

氏 名

印

保 証 人 住 所

氏 名

印