

(相手方又は相手方保険会社記入用紙)

誓 約 書

(貴健保組合が一時的に立て替えた治療費等について)

令和〇年〇月〇日、(場所) 岐阜県可児市土田 555
で発生した事故により、(相手) 健保 太郎 が被った傷病の治療費
等を、一旦貴健保組合で立て替えていただきたくお願いいたします。

なお、立て替えていただいた治療費等は、当事者間の過失割合により、当方
の過失相応分に対し貴組合から請求があった場合は、指定納付期限までにすみ
やかに全額納付いたします。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 相手方と示談をする場合は、必ず前もって貴組合に申し出ること
2. 貴組合からの問合わせ・資料提出の依頼に、誠意をもって応ずること

以 上

カヤバ健康保険組合 理事長殿

令和 〇 年 〇 月 〇 日

誓約者

住所	岐阜県可児市土田 510
氏名	田中 浩 (田中) 印
電話番号	090-2929-3939

連帯保証人 (誓約者との関係: 妻)

住所	岐阜県可児市土田 510
氏名	田中 幸子 (田中) 印
電話番号	090-3636-6161

事故による場合の連帯保証人 (保険会社)

住所	岐阜県美濃加茂市太田町 2-10
保険会社名	東海海上火災美濃加茂サービスセンター
電話番号	0574-26-3333
担当者氏名	損保 三郎 (損保) 印