

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 年 月 日() 午前 時 分頃
令和

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(被扶養者)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支払うことを誓約いたします。

なお、示談を行なおうとする場合は必ず前もって、貴職にその内容を申し出ます。

令和 年 月 日()

誓 約 者 住 所
氏 名 印

関西電力健康保険組合理事長 殿