

マルハン健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

令和 年 月 日に発生した事故または傷害により治療中の (被害者) の
治療にかかる保険給付について、貴健康保険組合に立替払いをお願いいたします。
貴健康保険組合から損害賠償の請求があった場合は、健康保険法による保険給付の価額を限度とし、
過失割合相当の費用について責任をもって指定納付期限までにお支払いすることを誓約いたします。

令和 年 月 日

【加害者】
(事故の相手方)

住 所 :

氏 名 :

連絡先 :

【連帯保証人】
(加害者が未成年の場合、
親権者・後見人等)

※加害者との関係

住 所 :

氏 名 :

連絡先 :

下記の○印欄は、該当する場合のみ記入してください。

○交通事故の場合の任意一括損害保険会社 (有 ・ 無)

所 在 地 :

保険会社名 :

担当者名 :

連 絡 先 :

【備考欄】

加害者に記入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 :