

マルハン健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

平成 年 月 日に発生した事故により治療中の_____の医療費につき貴健康保険組合の立替払いをお願いいたします。

後日、貴健康保険組合が健康保険により負担した費用を、貴健康保険組合から請求を受けた場合は、過失割合に応じ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。

平成 年 月 日

加害当事者

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

連帯保証人（加害当事者が未成年の場合、親権者等）

住所 _____

氏名 _____ (印) (加害当事者との続柄 _____)

電話番号 _____

※下記の「○」印欄は、該当者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）

（「有」の場合は、下記にご記入ください）

所在地 _____

名称 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

《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。