

N X グループ健康保険組合

常務理事

殿

年 月 日

加 害 者 住 所
氏 名

㊞

保 証 人 住 所
氏 名

㊞

所在地
保 険 会 社 名 称
担 当 者
氏 名

㊞

T E L () -

誓 約 書

年 月 日 (場 所) _____ において

貴組合被保険者 _____ 殿の (続柄) _____ 殿に

加えた負傷事故について、医療費等の立替を煩わたく何卒よろしくお願い申し上げます。

本件に関し、被害者に給付された保険給付費は全額 N X グループ健康保険組合に支払うことを、保証人、保険会社連名の上、誓約いたします。

尚、求償手続等につきましては、当方より貴組合宛、求償依頼通知書を送付しますから、誠にお手数ですが求償して頂くよう、お願い申し上げます。

以 上