

日本通運健康保険組合

常務理事

殿

平成 年 月 日

加 害 者 住 所
氏 名

㊞

保 証 人 住 所
氏 名

㊞

保 險 会 社 所 在 地
名 称
担 当 者
氏 名

㊞

TEL () -

誓 約 書

平成 年 月 日 (場所) _____ において

貴組合被保険者 _____ 殿の (続柄) _____ 殿に

加えた交通事故について、医療費等を健康保険の立替給付を煩わした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日本通運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