

# 誓約書

i D A健康保険組合 殿

令和 年 月 日に発生した事故により（受診者氏名 \_\_\_\_\_）が負った傷病の保険給付を一旦、貴組合で立替えていただきたく、この書面をもってお願いいたします。

なお、立替えていただいた保険給付は、貴組合からの求償に応ずることを誓約いたします。

また、併せて次の事項も厳守いたします。

1. 損害賠償保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、貴組合が私に請求したときは、損害賠償に応ずる。
2. 受診者と示談するときは、必ず前もって貴組合に申し出る。
3. 受診者の治療状況（治療・中断・症状固定など）をその都度、貴組合に報告する。
4. 貴組合からの問い合わせ、資料提出等には、誠意をもって応ずる。
5. 当事者が未成年のときは、親権者が損害賠償に応ずる

以上

令和 年 月 日

誓約者（当事者）

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

誓約者（当事者が未成年のときは親権者もご記入ください）

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

※損害賠償保険（任意保険）等でも賠償するとき

令和 年 月 日

（保険会社）

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

保険会社 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_ ㊞

証券番号 \_\_\_\_\_