

誓 約 書

i D A健康保険組合 殿

令和1年 5月 31日に発生した事故により (受診者氏名 iDA 花子) 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1年6月28日

誓約者 (当事者)

住 所 東京都新宿区〇〇〇1-2-2

電話番号 090-0000-111

氏 名 健保 太郎 健保

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1年6月28日

(保険会社)

住 所 東京都千代田区〇〇〇2-1-3

電話番号 03-291-0000

保険会社 〇〇興亜損害保険株式会社

担当者名 東京 一男 東

証券番号 第55-63846号 京