

誓 約 書

私は、貴組合の健康保険被保険者 **住友 太郎**
(の被扶養者 **住友 花子**) に係る第三者行為による
保険給付費について、貴組合に及ぼした損害額を下記に
より賠償金として支払うことを誓約いたします。

(被扶養者が被害者であるときはその氏名を記入して下さい。)

記

貴組合が健康保険により保険給付した額について、請求
のあったときは、指定納付期限までに全額納付いたします。

以 上

令和 * * 年 * * 月 * * 日

住友フアーマ健康保険組合理事長殿

〒 * * * - * * * *
納 付 者 住所 市 町 丁目 番 号
(加害者)
氏名 **健康二郎** 印

〒 * * * - * * * *
連帯保証人 住所 市 町 丁目 番 号
× 損害保険株式会社
氏名 印