

誓 約 書

(事故発生場所)

令和 年 月 日 _____

(負傷者)

において発生した事故により _____ が被った被害
について、貴組合から健康保険法の規定に基づき保険給付費の請求を受けた
ときは、私並びに保証人が責任をもって支払うことを誓約いたします。

なお、示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し
出ます。

令和 年 月 日

誓約人 住 所 〒 _____
氏 名 _____ (印)
TEL _____

保証人 住 所 〒 _____
(保険会社名) 氏 名 _____ (印)
(保険会社) (代表者名) TEL _____

アストラゼネカ健康保険組合理事長 様