

損害賠償金納付確約書

□平成・□令和 年 月 日(被害者氏名).....様に傷害を負わせましたが、治療に際し池友会健康保険組合が負担した診療費について、池友会健康保険組合から請求を受けたときは、速やかに納付することを確約します。

令和 年 月 日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住 所 /

.....

氏 名 /^①

TEL / (.....) -

池友会健康保険組合 理事長 殿

【本件についてのご意見】 ※ご意見があればご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....