

年 月 日

ロイヤルホテル健康保険組合

理 事 長 殿

誓約者

住所

氏名

⑩

誓 約 書

加害者 住 所

氏 名

被害者 住 所

氏 名

事故発生日時 年 月 日 時 分頃

事故発生場所

事 故 状 況

上記、第三者行為による事故のため、貴組合被保険者(被害者)の被った災害に関して、健康保険法に規定する保険給付費(治療費、傷病手当金等)については、加害者である私が責任をもって支払うことを誓約いたします。

なお、あわせて次の事項を遵守します。

示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。

以 上