



(第三者から)

## 念 書

(場 所)

平成 年 月 日( ) \_\_\_\_\_において発生

(被保険者)

(被保険者)

した交通事故等にかかわる \_\_\_\_\_の治療費については \_\_\_\_\_の加入

するそごう・西武健康保険組合が療養の給付を行ない、後日そごう・健康保険組合からの

既払い医療費の請求に応じることを確約いたします。

またそごう・西武健康保険組合に一切ご迷惑をかけないことを誓約いたします。

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

(第三者)

住 所

氏 名

印