

◎ 誓 約 書 ◎

受付No. _____

事故発生日	令和 ○ 年 8 月 5 日 (日) 午前・ 午後 4 時 35 分
事故発生場所	大阪府堺市三宝町100(国道○○号先路上)
相手方氏名 (加害者)	大阪 浩一
被害者氏名	積口 雅代

上記事故について被害者は健康保険組合から給付を受けました。そのため、貴組合が負担した費用のうち私が賠償すべき費用については、健康保険法第57条（損害賠償請求権の代位取得）の規定に基づき、貴組合からの損害賠償請求があった場合は、責任をもって貴組合にお支払いを致します。

また、あわせて以下の事項を遵守することを誓約いたします。

記

- 1.貴組合より被害者が受けた保険給付の請求があったときは、遅滞なくその負担額を貴組合に支払うこと
- 2.貴組合からの問い合わせや資料の提出には誠意をもって対応すること
- 3.被害者と示談を結ぶ場合は、必ず前もって貴組合に申し出ること
- 4.加害者の連帯保証人（任意保険会社）は、貴組合に対し連帯して治療費を負担すること
- 5.貴組合が立替えた治療費は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分に対する部分を支払うこと
- 6.自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合、貴組合が私に請求を行ったときは損害賠償に応じること

以 上

セキスイ健康保険組合 理事長 殿

加害者	記入日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	住所	〒○○○ - ○○○○ 堺市○○台二丁目9-4-306
	氏名	大阪 浩一 
	連絡先	(0722) 74 - ○○○○

連 帯 保証人	記入日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	住所	〒○○○ - ○○○○ 大阪市北区○○2-6-30 Mビル10F ○○○損害保険㈱ ○○損害サービス部第一課
	氏名	山口 ○○○ 
	連絡先	(06) * * * * - * * * *

※相手方（加害者）が業務中の事故であるときの連帯保証人は雇用主となります。

※加害者の任意保険が治療費の補償を行う場合は、連帯保証人欄のみの記入でも構いません。

(R5.4)