誓 約 書

(1)事故発生年月日　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃

(2)事故発生場所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の事故について加害者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、被害者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して負う、損害賠償につき、被害者が健康保険法による、保険給付を受けた場合は、下記事項を遵守することはもちろん、その費用を保証人と連帯して、セントラル警備保障健康保険組合に弁済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払うこと。
2. 被害者が受けた保険給付の損害賠償については、常に誠意をもって貴組合の申し出に応じること。
3. 被害者と示談を結ぶ場合は、事前に貴組合に申し出ること。
4. 加害者側の連帯保証人は、セントラル警備保障健康保険組合に対し、連帯して治療費の責務を負担すること。
5. その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
6. 上記事項に違背した場合は貴組合において、いかなる処置をとられても異議の申し立てをしないこと。

年　　月　　日

セントラル警備保障健康保険組合　理事長　殿

加害者	本籍地	
	現住所	
	氏名	㊞
連帯保証人 （保険会社でも可）	本籍地	
	現住所	
	氏名	㊞