

誓 約 書

ネスレ健康保険組合殿

令和 年 月 日 (場所) で発生した交通事故
で被害者 殿の負傷についての治療その他に関連する費用
を加害者の負担として私個人が責任をもって補償することを誓約します。

令和 年 月 日

加 害 者 住所

氏名 印

連帯保証人 住所

氏名 印

なお、求償についての文章及び納入告知書は下記宛にお送り下さい。

所 在 地

名 称

担 当 者

備 考：費用は健康保険法に基づき支給された（又は支給される）法定給付費及び付加給付費を含むものとする。