

誓 約 書

私は、貴組合の健康保険被保険者（被扶養者）に係わ
る第三者行為による保険給付費について、貴組合に及ぼした
損害額を下記により賠償金として支払うことを誓約いたします。

記

貴組合が健康保険により保険給付した額について、請求のあった
ときは、指定納付期限までに全額納付いたします。

以 上

令和 元年 10月 10日

太平洋セメント健康保険組合理事長殿

納入者 住所 △△△市○○町XX-X-X
氏名 恩田 幾三 印

連帯保証人住所 ▲▲市◎◎町X-X-X
氏名 日本興亜損保株式会社
■■損害サービスセンター
担当 大空 ゆかり 印