

# 誓 約 書

被 害 者 住 所  
氏 名

加 害 者 住 所  
氏 名

事故発生日 年 月 日 午前・午後 時 分頃

事故発生場所

上記第三者行為による事故のため、被害者【貴組合被保険（扶養）者】の被った傷害に関する健康保険法に規定する保険給付（治療費、傷病手当金など）の価額を限度とし、責任過失割合相当分費用を貴職から請求があった場合は、加害者である私が責任をもってお支払いすることを誓約します。

また、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で、貴職が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて誓約いたします。

なお、示談を行う場合は必ず前もって貴職に届出ることを遵守します。

年 月 日

西日本パッケージング健康保険組合理事長 殿

誓 約 者 住 所  
(加 害 者)  
氏 名

㊞

【 理 由 】

.....  
.....  
.....

見本

誓 約 書

被 害 者  
住 所 大阪市中央区〇-〇-〇  
氏 名 西日本 花子

加 害 者  
住 所 大阪市北区〇-〇-〇  
氏 名 健保 太郎

事故発生日 〇〇年〇〇月〇〇日 午前・午後〇〇時〇〇分頃

事故発生場所 大阪市中央区〇〇-〇-〇

上記第三者行為による事故のため、被害者【貴組合被保険（扶養）者】の被った傷害に関する健康保険法に規定する保険給付（治療費、傷病手当金など）の価額を限度とし、責任過失割合相当分費用を貴職から請求があった場合は、加害者である私が責任をもってお支払いすることを誓約します。

また、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で、貴職が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて誓約いたします。

なお、示談を行う場合は必ず前もって貴職に届出ることを遵守します。

〇〇年〇〇月〇〇日

西日本パッケージング健康保険組合理事長 殿

誓 約 者 住 所 大阪市北区〇-〇-〇  
(加 害 者)  
氏 名 健保 太郎

捺印願います

印

【 理 由 】

誓約者（加害者）から署名がもらえなかった場合は、その理由を記入してください。