

納付誓約書

令和 年 月 日に発生した交通事故により

殿 を負傷させました。

この事故で要した健康保険の給付費（治療費、傷病手当金等）の損害については、

過失割合に応じて私が責任をもって補償することを誓約いたします。

令和 年 月 日

住所
(相手・加害者)
氏名 印

住所
(保険会社)
会社名
(担当者) 印

コーセー健康保健組合 殿