

加害者用

誓 約 書

年 月 日

兵庫県建設国民健康保険組合

理 事 長 殿

(住 所)

(氏 名) 印

TEL ()

下記の第三者行為に起因する被害者の医療に関しては、貴組合の国民健康保険による保険給付を受けることをご承認いただきましたが、その給付費については、貴組合が保険医療機関等へ支払った給付額の限度において、定められた期日までに、貴組合へ納付することを誓約いたします。

なお、この誓約に違背いたしましたる節は、強制執行等の処分を受けることがあることも了承いたします。

記

1. 事故発生日時 年 月 日 午前 時 分頃
午後

2. 事故発生場所

3. 被 害 者

イ 被保険者証番号 (枝番)

ロ 氏 名 (組合員との続柄

ハ 生年月日 昭・平・令 年 月 日生 (才)

ニ 住 所

以 上