

(損保会社用)

令和 年 月 日

科 研 製 薬 健 康 保 険 組 合
理 事 長 殿

(社名・住所・印)

(担当者名・電話番号)

誓 約 書

下記事故に伴う _____ 氏の治療に際して貴健康保険組合の健康保険を使用するに当たり、貴組合の立替え額については当社が過失割合に基づき返却することを誓約致します。

・ 事故発生年月日

・ 事故発生場所

・ 事故当事者

・ 事故内容