

令和 00 年 00 月 00 日

科 研 製 薬 健 康 保 険 組 合
理 事 長 殿

(社名・住所・印)

〒000-0000
東京都新宿区西新宿〇丁目〇番〇号
日本海上火災保険株式会社
サービスセンター
TEL 03-000-0000
FAX 03-000-0000

(担当者名・電話番号)

保険 良夫 (印)

誓 約 書

下記事故に伴う 健保 花子 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

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (〇曜日)

・事故発生場所

東京都港区南青山〇丁目の交差点

・事故当事者

業務 一郎

・事故内容

十字路交差点で青信号に切り替わり、直進しようとしたところ、対向車線の相手方車両が交差点を右折しようとする車線に進入し、衝突した。