センコー健康保険組合殿

報告者　　㊞

損害保険会社名称

住所

連絡先

担当者

以　上

センコー健康保険組合理事長殿

誓　約　書

債務者[加害者]

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、貴組合の被保険者・被扶養者[氏名：　　]に係る第三者行為による保険給付費用について、貴組合に及ぼした損害額を責任をもって支払うことを誓約いたします。

又、請求のあった時は、指定期限までに全額納付いたします。

年　　月　　日

以　上