

# 誓 約 書

加 害 者 住 所  
氏 名

被 害 者 住 所  
氏 名

事故発生日時 年 月 日 ( ) 時 分ごろ

事故発生場所

事故状況

上記第三者行為による事故のため貴組合被保険者（被害者）の被った災害に関する健康保険法の規定する保険給付費（治療費、傷病手当金等）については、加害者である私が責任をもって全額支払うことを誓約いたします。なお、あわせて次の事項を遵守します。示談を行おうとする場合は必ず前もって貴組合にその内容を申し出ます。

年 月 日

住 所  
誓 約 者  
氏 名

印

大阪府農協健康保険組合理事長 殿