

# 誓約書

平成・令和 年 月 日 ( 場 所 ) において

負傷者氏名 ( ) の被った負傷の治療にあたっては、被害者が被害者の加入する

ジェイティ健康保険組合の規定による給付を受けた場合は、貴健康保険組合が給付した金額の限度（全額または過失相殺に基づく妥当な賠償責任の金額）において、貴健康保険組合の請求に基き、貴健康保険組合に対し支払うことをここに書面をもって誓約します。

令和 年 月 日

ジェイティ健康保険組合 理事長 殿

## 加害者（相手方）本人

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## 加害者（相手方）の親権者

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## 加害者（相手方）の任意保険会社

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

\*加害者（相手方）より「誓約書」が入手困難な場合には、その事由をご記入下さい。

.....  
.....