

椿本チエイン健康保険組合 殿

誓約書

令和〇〇年〇月〇日に発生した事故により

(被保険者又は被扶養者) 椿 太郎 様の

被った治療費等につき貴組合の立替払いをお願いいたします。

後日、貴組合より 保険給付した価額において求償あるときは責任の限度に応じて優先してお支払いすることを誓約いたします。

また、損害賠償保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、貴組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

相手方の任意保険会社が、ご対応されるのであれば、そちらのご署名・捺印でも構いません。

令和〇〇年〇月〇日

損害賠償支払義務者(未成年の場合は親権者)

住所 東京都〇〇区〇〇1-2-3

氏名 〇〇 〇〇

印

電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

【本件についてのご意見】 ※相手方から署名がもらえなかった場合は、その理由を記入してください。

・こちら側の過失が大きかったため相手方に署名捺印してもらえなかった。

・相手方と連絡が取れないため、署名捺印がもらえなかった。