

## 誓約書

令和 年 月 日(発生場所) \_\_\_\_\_ に  
おいて発生した第三者行為によって被害者 \_\_\_\_\_ 様が受けた傷病  
の治療につき、貴組合が負担した医療費等の請求を受けた場合は、私の過失に応じて責任を  
もってお支払いすることを誓約いたします。

東京都鉄二健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

当事者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電 話 \_\_\_\_\_

当事者が未成年の場合は親権者等 (加害者との関係: \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電 話 \_\_\_\_\_