様式第４号

納　付　誓　約　書

交通事故発生年月日　　年　　月　　日　　時　　分頃

交通事故発生場所

甲．相手者（加害者）　　住 所

　　氏 名　　（年齢　　才）

乙．健康保険被保険者又　住 所

　　は被扶養者(被害者)　氏 名　　（年齢　　才）

両者は、上記の日時・場所において負傷したものです。

本件事故に関し、乙の治療費等については、健康保険を利用させて頂きたくお願い申し上げます。

つきましては、健康保険給付を乙が受けましたときは、貴組合にご迷惑をかけることなく、私が責任をもって返納等処置しますことを誓約致します。

令和　　年　　月　　日

甲．住 所

氏 名　　印

甲が未成年者のときは

甲の親権者．住 所

氏 名　　印

大王製紙健康保険組合

常務理事 殿