

## D (相手方記入)

# 誓約書

事故発生年月日	年	月	日	
事故発生場所				
被害者氏名			相手方氏名	

上記の事故で被った傷病の治療費を、一旦貴健保組合で立替えていただきたく、お願いいたします。  
 尚、立替えていただいた治療費について、貴健保組合から請求があったときは、指定納付期日までに全額納付いたします。過失割合等の理由で全額納付できない場合は、必ずその理由を報告いたします。  
 また、併せて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 示談する場合は、必ず前もって貴健保組合に申し出ること。
2. 民法 147 条に基づく時効中断を承認すること。
3. 貴健保組合からの問合せ・資料提出等の依頼に、誠意をもって応ずること。

以上

ヤンマー健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

誓約者 (相手方)	住所	〒	—	
	氏名	印		
	連絡先	電話	( )	—
連帯保証人 (相手方)	住所	〒	—	
	氏名	印		
	連絡先	電話	( )	—

### 【連帯保証人について】

注1: 連帯保証人については、必ず請求できる保険会社名、支店名、担当課名、担当者名、郵便番号、住所、電話番号を記入してください。

注2: 保険会社の署名が得られない場合には、連帯保証人の署名(個人名等)が必要になります。

注3: 相手方が業務中の事故である時の連帯保証人は雇用主になります。