

渡辺パイプ健康保険組合 御中

誓約書

年 月 日 (場所) _____ で
発生した事故により、(相手) _____ が被った傷病の治療
費（貴健康保険組合が負担した医療費その他の保険給付費）は、過失の割合に応じて責任
をもって返納することを誓約します。

年 月 日
誓約者 住 所 (〒 _____)

TEL

氏 名

Ⓜ