

誓 約 書

1. 事故日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 時 _____ 分)
2. 事故場所 _____
3. 事故原因 _____
4. 事故当事者 (甲) プリヂストーン健康保険組合

(乙) 相手方

上記事故によって負傷した(甲) _____ 殿の治療につき
健康保険の扱いをお願い致し度く。
なお、当事故に関して貴健康保険組合で支払われた保険給付額につきご請求ある時は速やかにお支払い致します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

プリヂストーン健康保険組合

理 事 長 殿

(乙) 住所 _____
氏名 _____ 印

未成年者の場合 住所 _____
親 権 者 氏名 _____ 印