

# 誓 約 書

令和 年 月 日 ( 場 所 ) において ( 受診者氏名 )  
に傷害を負わせましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、サンデン健康保険組合が代位取得し、サンデン健康保険組合から損害賠償金（保険給付）の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますので、保険給付してください。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、サンデン健康保険組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

なお、受診者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申し出ます。

令和 年 月 日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

誓約者 住 所

氏 名 ⑩

電 話

サンデン健康保険組合理事長 殿