

確 認 書

令和 年 月 日、 (発 生 場 所) において発生した
第三者行為にかかる被害者 様が受けた傷病の治療につき、貴組合
が負担した医療費の請求を受けた場合は、加害当事者である私の過失割合に応じて
責任をもってお支払いすることを誓約いたします。

令和 年 月 日

※(下記の該当する箇所に署名・捺印をしてください)

1. 加害当事者(成人)

住 所

氏 名

④

2. 加害当事者が未成年の場合は親権者等 (加害当事者との関係:)

住 所

氏 名

④

東京ニットファッション健康保険組合 様