

確 認 書

(発 生 場 所)
令和 2 年 4 月 17 日、東京都豊島区池袋5-5-5 において発生した
居酒屋〇〇店内
第三者行為にかかる被害者 健保 太郎 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 2 年 5 月 8 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 東京都台東区〇〇〇3-3-3

氏 名 事故 次郎



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



東京ニットファッション健康保険組合 様