

# 確 認 書

令和 年 月 日、 (事故発生場所) において発生した  
交通事故により、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

⑩

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

⑩

3. 交通事故の場合の任意一括払損害保険会社 (ゴム印可)

所在地

名 称

担当者

東京ニットファッション健康保険組合 様