

確 認 書

(事故発生場所)

令和 2 年 4 月 18 日、東京都中央区〇〇〇5-5-5 において発生した
路上交差点

交通事故により、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 11 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 印

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 東京都千代田区〇〇〇7-7-7

名 称 〇〇〇損害保険 株式会社

担当者 保険 三郎

東京ニットファッション健康保険組合 様