

(様式第17号)

誓 約 書

令和 年 月 日(場所:)にお
いて()より貴組合の被保険者である()が受けた
傷害は第三者行為によるものである為、その傷病についての治療に貴組合の国
民健康保険給付を受けた場合は、責任の範囲で損害賠償する事を誓約します。

令和 年 月 日

埼玉県建設国民健康保険組合
理事長 宮 前 守 殿

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____