**誓　　　約　　　書**

１．事故発生日事　　平成 ・ 令和　　年　　月　　日　　時　　分頃

２．場　　　　所

３．当事者（甲）

４．当事者（乙）

５．交通事故の概要

　上記、貴組合の被保険者（被扶養者）にかかわる交通事故の治療について健康保険診療を受けた場合は、自動車損害賠償責任保険により治療費を返還いたします。

　なお、自動車損害賠償責任保険にて全額返還できないときは、当事者（甲）より返還いたします。

　令和　　年　　月　　日

　　　当事者（甲）住所　〒

　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　連帯債務者住所　　〒

　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

ナオリ健康保険組合

理事長　滝　一 夫　様