

誓約書

アステラス健康保険組合 御中

私は、令和 年 月 日、 において発生した事故において、被害者（ ）が健康保険法に規定する保険給付を受け、この保険給付に要した費用のうち、アステラス健康保険組合が給付した価格を限度として、健康保険法第57条に基づき請求され次第、責任をもって指定納付期日までに支払います。

以上

令和 年 月 日

<納入者>

〒 _____

住所 _____

氏名 _____ 印