

損害賠償金納付確約書

平成・令和 年 月 日 (被害者氏名) _____ に傷害
を負わせましたが、治療に際してオリエントコーポレーション健康保険組合が負担し
た診療費・保険給付費等について、オリエントコーポレーション健康保険組合から請
求を受けたときは、私の過失の範囲において、すみやかに納付することを確約します。

令和 年 月 日
オリエントコーポレーション健康保険組合 理事長 殿

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所

氏名 (印)

電話番号 ()

連帯保証人（加害者との続柄_____）

住所

氏名 (印)

電話番号 ()