

(第三者用)

念 書

東京瓦斯健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

会社名

住 所

電 話

責任者

印

担当者

印

当社は、 年 月 日、 において、

との により、 が

被った損害に関する医療費について保険給付を受けた場合、第三者行為であるため、貴職から請求があれば、事故との因果関係を有する範囲で、加害者の過失割合に応じて、支払うことを誓約いたします。

ただし、保険上の支払い責任を負う限度に限ります。

以 上