

TOTO健康保険組合 御中

代位求償に関する同意書

今般下記交通事故により、TOTO健康保険組合が立替える治療費について
健保組合より代位求償された場合は、求償に応ずることに同意いたします。
また、治療が終了したおりには遅滞なく健保組合に連絡いたします。

記

1. 被害者氏名（健保組合被保険者又は被扶養者）

2. 相手方氏名

3. 事故日

平成 年 月 日

以上

平成 年 月 日

損害保険会社

住所

会社名

印

担当者

電話番号