

念 書

年 月 日の.....地内における
交通事故について、貴組合の組合員（被扶養者）.....様
の負傷に対して貴組合が.....病院等に支払った医療
費については、私の過失割合の範囲において、

[自動車損害賠償保険]

[任意自動車損害賠償保険]

・ 契約保険会社名	_____	_____
・ 証明書（証券）番号	_____	_____
・ 保険契約者	_____	_____

から充当し、なお不足する金額については、私が責任をもって貴組合にお支払
いたします。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

茨城県市町村職員共済組合理事長 様