

誓 約 書

年 月 日、_____ 地内において
私が貴組合の組合員（被扶養者）_____様を負傷させま
したが、同人に対して貴組合が立て替え払いした医療費については、

損害賠償保険

契約保険会社名 _____

保 険 証 書 番 号 _____

から充当し、なお不足する金額については、私が負うこととなる法律上の損害
賠償責任の範囲において、貴組合から請求があり次第指定期日までに私が責任
をもってお支払いすることを誓約いたします。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

茨城県市町村職員共済組合理事長 様