

# 念 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日、〇〇市〇〇町〇〇地内において私が交通事故を起こし、貴組合の組合員（被扶養者）共済 花子様を負傷させましたが、同人に対して貴組合が〇〇総合病院等に支払った医療費については、

	[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	〇〇火災海上保険（株）	〇〇火災海上保険（株）
・ 証明書（証券）番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇
・ 保険契約者	加害 一郎	加害 一郎

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地〇号  
氏 名 加害 一郎 印

茨城県市町村職員共済組合理事長 様