誓　約　書

令和○○年○○月○○日、茨城県○○市○○町○○交差点　地内において私が貴組合の組合員（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　○○火災海上保険（株）

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。

令和○○年○○月○○日

住　　所　茨城県○○市○○町○○番地

氏　　名　加 害　一 郎　㊞

茨城県市町村職員共済組合理事長　様