

誓約書

令和〇〇年〇〇月〇〇日、.....〇〇市〇〇町〇〇交差点..... 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、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..... 

茨城県市町村職員共済組合理事長 様