

誓約書

1. 事故発生年月日 平成 年 月 日
午前 午後 時 分頃

2. 事故発生場所

3. 事故発生時の状況

4. 被害者住所氏名 氏 名
住 所
電話番号 — —

上記の事故による治療費の損害については、私の責任の範囲内で私に賠償義務のあることを申立てます。

なお、被害者 が貴組合の組合員証を使用し貴組合から受けている療養の給付（家族療養の給付）に相当する額については、私が貴組合に対して別紙支払い計画書のとおり支払うことを確約します。

平成 年 月 日
鳥取県市町村職員共済組合
理事長 様

住 所
氏 名
電話番号 — —

⑩