

誓約書

下記の事故による受傷者である貴組合の組合員または被扶養者が受けた保険診療に係る医療費については、貴組合が地方公務員等共済組合法第 50 条第 1 項の規定に基づき、給付の価額の限度において損害賠償請求権を代位取得し、私が貴組合から損害賠償金の請求を受けたときは、当方の過失割合の範囲において納付することを誓約いたします。

令和 年 月 日

福井県市町村職員共済組合理事長 様

誓約者（未成年の場合は親権者）

住所 _____

氏名 _____ 印

【親権者の場合当事者との続柄】

記

事故発生年月日	令和 年 月 日	
事故発生場所		
当事者 (組合員または 被扶養者)	住所	
	氏名	
当事者 (誓約者側)	住所	
	氏名	