

念 書

年 月 日 (場 所) において } 事故発生日月日と事故発生場所をご記入ください。
(加害者名) の不法行為により (被害者名) の被った } 加害者氏名、被害者氏名をご記入ください。

保険事故について、地方公務員等共済組合法による保健給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を地方公務員等共済組合法第50条の規定によって神奈川県市町村職員共済組合が行った給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに意義のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行なおうとする場合、及び自賠責保険に被害者請求をする場合には必ず前もって貴職に申し出ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者側から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく遑滞なく貴職に届け出ること。

年 月 日
所 属
組合員証記号番号
住 所
氏 名

㊟

記入年月日、所属所名、組合員証記号・番号、住所、氏名をご記入し、押印してください。

神奈川県市町村職員共済組合理事長 様