

誓 約 書

年 月 日 付近で
私、 と共済組合員 様との交通事故
が発生しました。

本件事故につきましては、共済組合員証の使用により負傷
の治療をお願いしておりますので、共済組合負担分の治療費
につきましては、 様の治療が完了次第、後
日、神奈川県市町村職員共済組合からの請求にもとづき、全
額、私、 が支払に応じることを誓約いたしま
す。

年 月 日

住 所
氏 名 印

} 事故の発生日月日及び、事故発生場所をご記入ください。

} 加害者氏名(事故の相手)と共済組合員氏名をご記入ください。

} 共済組合員氏名をご記入ください。

} 加害者氏名(事故の相手)をご記入ください。

} 誓約書に記入した年月日をご記入ください。

} 加害者(事故の相手)の住所及び、氏名を記入し、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