

誓 約 書

年 月 日に発生した傷害事件で負傷された共済組合員 様の治療につきましては、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、 が支払いに応じることを誓約いたします。

年 月 日

住 所
氏 名

印

} 傷害事件の発生年月日をご記入ください。

} 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