

念 書

年 月 日、.....地内において私が交通事故を起
こし、貴組合の組合員（被扶養者）.....様を負傷させましたが、
同人に対して貴組合が.....病院等に支払った医療費等については、

[自動車損害賠償保険]

[任意自動車損害賠償保険]

・ 契約保険会社名	_____	_____
・ 証明書（証券）番号	_____	_____
・ 保 険 契 約 者	_____	_____

から充当し、なお不足する金額については、過失割合に応じ私が責任をもって貴組
合にお支払いたします。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

茨城県市町村職員共済組合理事長 様