

# 誓 約 書

年 月 日、..... 地内において私が  
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立て替え払いした医療費については、私が負うこととなる法  
律上の損害賠償責任の範囲において、貴組合から請求があり次第指定期日までに私  
が責任をもってお支払いすることを誓約いたします。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

茨城県市町村職員共済組合理事長 様