

# 念 書

平成〇〇年〇〇月〇〇日、〇〇市〇〇町〇〇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） 共済 太郎 様を負傷させましたが、  
同人に対して貴組合が 〇〇総合 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	××××損害保険株式会社	××××損害保険株式会社
・ 証明書（証券）番号	××××××××	××××××××
・ 保 険 契 約 者	加害 一郎	加害 一郎

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。

平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

住 所 ××県××市××町2-2

氏 名 加害 一郎 

茨城県市町村職員共済組合理事長 様