

念 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日の 茨城県〇〇市〇〇町〇〇交差点 地内における
交通事故について、貴組合の組合員（被扶養者） 共 済 花 子 様
の負傷に対して貴組合が 〇〇〇〇〇 病院等に支払った医療
費については、私の過失割合の範囲において、

	[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	〇〇火災海上保険（株）	〇〇火災海上保険（株）
・ 証明書（証券）番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
・ 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、私が責任をもって貴組合にお支払
いたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地
氏 名 加 害 一 郎 

茨城県市町村職員共済組合理事長 様