

# 誓約書

平成 年 月 日 付近で  
発生した、私、 と共済組合員 様  
の被扶養者 様との交通事故において負傷され  
た 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。

} 事故の発生日月日及び、事故発生場所をご記入ください。

} 加害者氏名(事故の相手)と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(事故の相手)氏名をご記入ください。

平成 年 月 日

} 誓約書に記入した年月日をご記入ください。

住 所

氏 名

印

**親権者**

住 所

氏 名

印

} 加害者(事故の相手)の住所及び、氏名を記入し、押印してください。

} 加害者(事故の相手)の親権者の住所、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