

確 約 書

〇〇年〇〇月〇〇日〇〇時頃（場所： 〇〇市〇〇 〇-〇-〇
〇〇交差点付近 ）で発生した第三者行
為（加害者： 〇〇 〇〇 ）に基づく事故により、被害者（ 共済 大輔 ）が受傷
した傷病については、〇〇年〇〇月〇〇日から埼玉県市町村職員共済組合（以下、「共
済組合」という。）の組合員証を使用して受診したので申請いたします。

つきましては、下記事項を確約いたします。

記

- 共済組合の組合員証を使用して受診した医療費については、その価額の限度内
において、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を共済組合が地方公務員等
共済組合法第 50 条第 1 項の規定により取得行使することに異議がないこと。
- 加害者と示談する場合は、事前に共済組合へ連絡すること。
- 過失相殺等の話し合いがあった場合は、共済組合へ連絡すること。
- その他共済組合と利害関係が考えられると思われる事項については、共済組合
へ連絡すること。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

埼玉県市町村職員共済組合理事長 様

所 属 所 名 〇〇市

所 属 部 課 所 名 〇〇課

組合員証記号番号 埼 999 - 9999

氏 名 共 済 太 郎

