誓　　約　　書

鹿児島県市町村職員共済組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

住　所
氏　名　　㊞
ＴＥＬ

年　　月　　日（場所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿で発生した

交通事故による貴共済組合員（被扶養者）（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の傷病の治療については、マイナ保険証等を使用することとし、私に代わって一時的に貴共済組合で、医療機関等へ医療費の立替払いをしてくださるようよろしくお願いします。

なお、この立替払いにつきましては、後日貴共済組合からの請求があり次第、自動車損害賠償責任保険（任意保険）によるほか、私が過失責任の範囲で責任を持って支払することを誓います。

ただし、自動車損害賠償責任保険等については、下記の保険会社に請求していただくようお願いします。

自動車損害賠償責任保険

保険会社名			保有者	住　所	
証明書番号				氏　名	
契約者	住　所			契約者との関係	
	氏　名				
自動車	車　種		当事者名	住　所	
	登録番号			氏　名	
	車体番号				
保険期間		自　年　月　日 至　年　月　日		保有者との関係	

任意保険（対人関係）

保険会社名		保険期間	自　年　月　日 至　年　月　日	
証明書番号				
契約者	住　所	対人保険金	万円	
	氏　名			

※被害者・加害者にかかわらず、相手方に記入・押印お願いします。