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　　㊞

電話番号　　－　　－

令和　　年　　月　　日（場所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
で発生した傷害事故等に関して、貴共済組合員（被扶養者）である

（住所）

（氏名）

の傷病に係る医療機関等での治療については、共済組合の組合員（被扶養者）証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いますようお願いします。

なお、この立替額につきましては、後日、貴共済組合からの請求があり次第、私が過失責任の範囲で責任を持って支払うことを誓います。

※請求先が加害者（第三者）の個人賠償責任保険等（任意保険）になる場合のみ記入

保険会社名		証明書番号	
保険会社住所等	〒 住所	担当者名 （TEL）	
保険期間	令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで		
契約者住所氏名等	〒 住所	氏名 （TEL）	