

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

印

電話番号

— —

令和 年 月 日 (場所) _____
で発生した傷害事故等による貴共済組合員 (被扶養者)

(住所)

(氏名)

の傷病に係る治療については、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るようよろしくお願いします。

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いすることを誓います。