

誓約書

令和 年 月 日 地内において
私が貴組合の組合員（被扶養者）を負傷させたことによ
り同人に対して貴組合が給付（立替）した医療費等については、私が負うこと
となる法律上の損害賠償責任の範囲において、貴組合から請求があり次第その
指定の期日までに責任をもってお支払いすることを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊞

群馬県市町村職員共済組合理事長 様