

確 約 書

私は、下記交通事故に伴う医療費の支払いについて、貴組合が医療機関に支払った（支払う）金額を指定の期日までに返還することを確約します。

記

2. 組合員について

所属所名 千葉市立中央小学校 TEL 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
 現住所 市原市市原3-3-33 TEL 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇
 組合員氏名 公立 二郎
 組合員証番号 19910000

2. 事故について

被害者	氏名	公立 二郎		組合員との続柄	本人
	現住所	市原市市原3-3-33			
医療機関	最初に治療を受けた医療機関	名称	給付総合病院	初診年月日	平成〇〇年11月 3日
		所在地	千葉市中央区市場町 1-1	入院の別 外来	入院 (平成〇〇年11月 3日) 外来
	その後転医した医療機関	名称		初診年月日	平成 年 月 日
		所在地		入院の別 外来	入院 (平成 年 月 日) 外来
事故発生の日時		平成〇〇年11月3日 午後6時30分頃			
事故発生の場所		千葉市中央区都町 5-5 先 路上			

公立学校共済組合千葉支部長 様

平成〇〇年11月 7日

加害者又は加害者の加入する保険会社の担当者**に必ず記入・押印をしてもらうこと**

住所 千葉市若葉区千城台1-1-1 TEL 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
 加害者氏名 市川 和男 (市川)
 職業 会社員
 勤務場所 ○△商事 TEL 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇