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)金額を速やかに返還することを確約します。

記

1. 組合員について

所属所名 現住所 組合員氏名 組合員証番号

Tel Tel

2. 事故について

	争敗につくし									
被害	氏 名				組合員との続柄					
者	現 住 所									
医	最初に治療を受	名 称		初	診年月日	平成	• 令和	年	月	日
療	けた医療機関	所在地		入外	の別	入 「 (平 _F 外 :	戊・令和	年	月	日)
機	その後転医した	名 称		初	診年月日	平成	• 令和	年	月	日
関	医療機	所在地		入外	の別		院 成・令和 来	年	月	日)
事力	女発生の日時									
事古	女発生の場所									

公立学校共済組合千葉支部長 様

				令和	年	月	日
+n d> +v.	住	所				Tel	
加害者	氏 職	名 業					
	勤務	場所				Tel	

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)金額を速やか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 現 住 所 千葉市立中央小学校 市原市市原〇一〇一〇〇 Tel 000—000—000

組合員氏名

公立 二郎

組合員証番号

19910000

2. 事故について

	手队につくし						ı				
被害	氏 名	公立 二郎			組合員との続柄		本人				
者	現 住 所	市原市	市原市市原〇一〇一〇〇								
医	最初に治療を受	名 称	給付総合病院	初診	参 年月日	平月	成令和4年	2月	5日		
療	財がに石原を受けた 医療機関	所在地	千葉市中央区市場町	入外	院 の別 来		院 成 令和 4 年 来	2月	5日)		
機	その後転医した	名 称		初診	参 年月日	平成	年	月	目		
関	医療機関	所在地		入外	院 の別 来		院 (平成 年 来	月	日)		
事 故 発 生 の 日 時											
事責	事 故 発 生 の 場 所										

公立学校共済組合千葉支部長様

令和 4年 4月23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〇一〇一〇 加害者氏 名 市川 八幡 職 業 会社員

勤務場所 ○△商事

Tel 0000—00—0000

Tel 000-000-000