



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 千葉市立中央小学校 TEL 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇  
 現住所 市原市市原〇—〇—〇〇 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	市原市市原〇—〇—〇〇			
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 <del>令和</del> 4年 2月 5日
		所在地	千葉市中央区市場町 〇—〇	入院の別 外来	入院 (平成 <del>令和</del> 4年 2月 5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	令和4年2月5日 午後5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

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—〇—〇 TEL 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇  
 加害者氏名 市川 八幡 (市川)  
 職業 会社員  
 勤務場所 〇△商事 TEL 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇