

誓 約 書

_____年__月__日 (場所)_____において

て加害者(氏名)_____と被害者(氏名)_____の

間に発生した第三者加害行為による傷病については、被害者が公立学校共済組合の保険給付(治療費)を受けた場合は、地方公務員等共済組合法第50条(損害賠償金の代位取得)の規定により給付額の限度で貴組合に対し賠償いたします。ただし、被害者にも過失が認められるときは、過失割合にもとづいて賠償いたします。

なお、あわせて下記事項を遵守することを誓約いたします。

記

- 1 示談を行う場合は、内容等を事前に貴組合に報告する。
- 2 被害者に損害賠償金を支払ったときは、支払い年月日・金額・内容等を遅滞なく貴組合に報告する。

公立学校共済組合愛媛支部長 様

年 月 日

誓 約 者 住所

氏名

加害者との関係

連帯責任者 住所

(事業主等) 氏名

(備考) 年号については、和暦で記入してください。