共済様式 50-4 号

支 払 確 約 書

1　事故発生日時　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分頃
2　事故発生場所
3　事故の当事者　甲（相手方）　住　　所
　　氏　　名　　印
　　乙［組　合　員又は被扶養者］　住　　所
　　氏　　名　　印

この事故のために乙が要する医療費については、公立学校共済組合の組合員証を使用させていただくことによって、一時、立替払いをしてくださるようお願いいたします。

後日、甲である私は、この立替支払願った医療費を公立学校共済組合の請求に基づき、損害賠償責任の範囲において支払うことを確約いたします。

年　　月　　日

甲（相手方）　住　所
氏　名　　印

公立学校共済組合新潟支部長　様

※日付は和暦で記入すること。

平成 23 年 1 月改正