

支 払 確 約 書

1 事故發生日時 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〕住所

又は被扶養者	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マイナ保険証等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。

令和7年2月改正