

誓 約 書

事故年月日 年 月 日

発 生 場 所 _____

被 害 者 _____

上記の事故に係る治療費につきましては、過失割合に応じて、
後日、貴組合から請求がありました時は、私（損害保険会社）
がお支払いすることを誓約します。

令和 年 月 日

加 害 者	住 所	
	電話番号	
	氏 名	_____ (印)

自動車任意保 険会社の担当 者又は保証人	住 所	
	電話番号	
	氏 名	_____ (印)

公立学校共済組合大阪支部長 様

（注） 保証人が保険会社でない場合は保証人の「印鑑証明書」を1通添付してください。