

確 約 書			
当 事 者	被 災 職 員	住 所	〇〇市〇〇町△番△号
		氏 名	〇〇 〇〇 (〇〇 歳)
	相 手 方	住 所	〇〇市〇〇町〇番〇号
		氏 名	△△ △△ (〇〇 歳)
事 故 発 生 年 月 日 等		令和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇) 〇〇時 〇〇分ごろ	
事 故 発 生 の 場 所		〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇銀行角交差点	
事 故 発 生 の 状 況		〇〇銀行角の交差点を北進中の〇〇〇〇が運転する乗用車に、同交差点を南進右折しようとした△△△△が運転する乗用車が追突したもの	
補 償 先 行 を 申 し 出 る 理 由		被災職員にも相当の過失があり、被災職員に負担が生じるため	
上記理由により、療養費について貴基金において補償先行していただくようお願いするとともに、自賠償の範囲内の場合は自賠償の限度額、それを超える場合はその（〇〇%相当額）について貴基金からの請求に基づき支払うことを確約いたします。			
令和〇〇年〇〇月〇〇日			
地方公務員災害補償基金兵庫県支部長 様 (相手方) 住 所 〇〇市〇〇町〇番〇号 氏 名 △△ △△ (任意保険会社等) (注) 保険会社の方がご記載ください。 住 所 〇〇市〇〇町□番□号 会 社 名 (株) □□□□保険 代 表 者 名 □□ □□ [担当部署: ◇◇◇センター 担当者: ▽▽]		名 刺 貼 付 欄	

作成時点で過失割合が未確定の場合は、「過失割合に応じた金額」と記載してください。