

賠償金支払計画書

賠償金総額 未定 円

支払方法

私の行為によって〇〇が被った傷病にかかる治療費は、私の責任の範囲内で全額支払います。

上記のとおり支払いいたします。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

鳥取県市町村職員共済組合理事長 様

賠償義務者 住所 〇〇市〇〇町〇〇〇〇
(加害者) 氏名 〇 〇 〇 〇 〇 (印)

保証人 住所 〇〇市〇〇町〇〇〇〇
氏名 〇 〇 〇 〇 〇 (印)
賠償義務者との関係 〇〇

*保険会社の方の場合は、以下を記入してください。

保険会社名

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇会社〇〇〇〇支店

連絡先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇