

## 念 書

自賠償保険証明書番号 \_\_\_\_\_

任意保険証番号 \_\_\_\_\_

当社保険契約者 \_\_\_\_\_

事故発生日 \_\_\_\_\_

被害者 \_\_\_\_\_

上記交通事故に関し、貴組合にて支払われる診療費については、  
当社が支払いすることを確約いたします。

令和 年 月 日

住 所

保険者会社名

印

文部科学省共済組合広島大学支部長 殿