

念 書

災害発生年月日	年 月 日	災害発生場所	
被災職員氏名		相手方氏名	

上記災害により、基金が地方公務員災害補償法に基づき被災職員に補償した補償額について、過失割合に応じて基金に支払うことに異議のないことを誓約いたします。

なお、被災職員と示談を行おうとする場合は、必ず前もって基金にその内容を申し出ます。

年 月 日

(宛先)

地方公務員災害補償基金埼玉県支部長

住 所 _____

氏 名 _____