

同意書

令和 年 月 日

山口県市町村職員共済組合理事長 様

保険契約者

住 所

氏 名

印

被 害 者

住 所

氏 名

印

記

令和 年 月 日発生 of 第三者行為 of 負傷における損害賠償金請求については、山口県市町村職員共済組合が給付の価額の限度において、私の請求（被害者請求）分より優先して賠償金を受領することに同意します。