

同意書

年 月 日

山口県市町村職員共済組合理事長 様

相手方の
保険契約者

住 所

氏 名 (自署)

該 当 者

住 所

氏 名 (自署)

記

年 月 日発生 of 第三者行為の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（該当者請求）分より優先して賠償金を受領することに同意します。