

誓約書兼同意書

常総市長 宛

私(被保険者) _____ と、世帯主 _____ は、常総市国民健康保険条例に基づき提出した、傷病手当金支給申請書及び添付書類の記載内容が事実であることを誓約します。

常総市が、傷病手当金支給申請書及び添付書類に記載されている事実(診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等)を確認するため、医療機関、事業主に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

なお、傷病手当金受給後に、支給要件に該当しないことが判明した場合や過払いが生じた場合、また、常総市国民健康保険の資格を遡って喪失した場合には、傷病手当金返還に同意いたします。

年 月 日

(被保険者)
住所 常総市
氏名

Ⓜ

* 傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入をしてください。