

誓約書兼同意書

令和 年 月 日

上富田町長 様

私（被保険者） _____ と、世帯主 _____ は、上富田町国民健康保険条例及び施行規則に基づき提出した、傷病手当金支給申請書及び添付書類（以下「申請書類等」という。）の記載内容が事実であることを誓約します。

上富田町の職員が、申請書類等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、申請書類等の提供等によって、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。

住 所 _____

氏 名 _____

印 _____

※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。