

誓約書兼同意書

年 月 日

東大和市長 宛

私（被保険者）_____と、世帯主_____は、東大和市国民健康保険条例及び東大和市国民健康保険傷病手当金の支給に関する規則に基づき提出した、国民健康保険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。

東大和市の職員及び東大和市が委託した事業者が、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 _____



* 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。