

## 誓約書兼同意書

年 月 日

滑川市長 あて

私（被保険者）\_\_\_\_\_と、世帯主\_\_\_\_\_は、滑川市国民健康保険条例及び滑川市国民健康保険条例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。

滑川市の職員が、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、申請書類の提供等によって、医療機関、事業者に照会を行い、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ご記入ください。