

誓約書 兼 同意書

令和 年 月 日

東員町長 水 谷 俊 郎 様

私（被保険者）_____と、世帯主_____は、東員町国民健康保険
条例附則第6条の規定に基づく傷病手当金の支給に係る申請書及び添付書類（以下「申
請書類等」という。）の記載内容が事実と相違ないことを誓約します。

また、東員町が、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、医療機関や事業主等に照会を行い、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。

被保険者証 記号番号		
被保険者	住所	
	氏名 (署名)	
	電話	
世帯主	住所	
	氏名 (署名)	
	電話	

【申請書（世帯主記入用）に添付してください。】