

(別紙)

誓約書兼同意書

年 月 日

(宛先) 入善町長

私（被保険者）_____と、世帯主_____は、
入善町国民健康保険条例及び同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。

また、入善町の職員が、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_____⑩

※傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入してください。