

様式第2号（第2条関係）

誓約書兼同意書

令和 年 月 日

浜松市長

私は、浜松市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。

浜松市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、給与等の支払い状況等)を確認するため、医療機関、事業主に申請書類等を提供することにより照会を行い、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。

また、その他の書類が必要となる場合に、当該必要書類の提出等に協力することも併せて同意します。

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。