

誓約書兼同意書

年 月 日

砺波市長 あて

私（被保険者）_____と、世帯主_____は、
砺波市国民健康保険条例及び砺波市国民健康保険規則に基づき提出した、傷病手当
支給申請及び添付書類（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。

砺波市の職員及び砺波市が委託した事業者が、申請書類等に記載している事実（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記入をしてください。