

誓 約 書

令和 年 月 日

(宛先) 静岡市長

国民健康保険傷病手当金の支給申請の内容について、事実と相違ないことを誓約いたします。

また、事実を確認するために調査が必要な場合は、関係者及び関係機関等を含み調査することに同意し、必要な書類の作成、提出等、調査に協力することを誓約いたします。

事実と異なる申請により受けた給付については、私の不法行為にもとづくものでありますので、対象とならない給付金については、受領者が全額一括返還することを誓約いたします。

住 所
世 帯 主 氏 名
電 話 番 号

住 所
被 保 険 者 氏 名
電 話 番 号

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（世帯主名義以外の口座に振込を希望される）場合は、代理人も記入してください。

住 所
代 理 人 氏 名
(口座名義人) 電 話 番 号
世帯主との関係