

## 誓 約 書

傷病手当金と年金の調整・返還について下記のとおり誓約致します。

記

### 1. 現在受給している、もしくは受給申請している傷病手当金について

現在申請中の下記年金の決定通知を受理した場合は、速やかに連絡し、傷病手当金と年金を調整または傷病手当金を返還します。

該當に○→ 障害厚生(基礎)年金 ・ 障害手当金 ・ 老齢(退職)年金

以上

令和 年 月 日

被保険者等記号・番号	一		
被保険者氏名	(フリガナ)		
生年月日	昭・平・令 年 月 日		
被保険者の現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
本人確認欄	<input type="checkbox"/> この同意書を作成したのは申請者本人(被保険者)です <u>※忘れずに□を記入ください</u>		