

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領した場合は、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。

該当に○→ 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"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <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>