

大塚製薬健康保険組合 理事長殿

傷病手当金受給に関する誓約書

健康保険の傷病手当金申請にあたり、障害厚生（基礎）年金・障害手当金・老齢厚生（基礎）年金（以下、障害年金等）手続き中のため、受給開始にあたっては下記のとおり誓約いたします。

記

1. 障害年金等が認定され、支給されることとなった場合は、傷病手当金との調整（健康保険第 108 条）により生じた過払い金については、同組合からの返還請求に基づき全額返還します。
2. 障害年金等が認定、もしくは不認定など、申請状況に変化があった場合はすみやかに大塚製薬健康保険組合へ報告します。
3. 本件に関して大塚製薬健康保険組合から障害年金の進捗状況、療養状況等の問合せや照会があった場合は、すみやかに回答するとともに、文書での回答を求められた場合はその指示に従います。

以上

令和 ____年 ____月 ____日

被保険者等 記号：____ 番号：____

事業所名

所属 _____

被保険者氏名（自署） _____