

令和 年 月 日

岐阜繊維健康保険組合理事長 様

被保険者 住所

氏名

請求者 住所

氏名

印

誓 約 書

この度、下記の傷病手当金請求者を提出致しましたが、同一の傷病について、厚生年金保険法による障害年金を受給した場合、当該請求書で受給する傷病手当金は、次により必ず返納することを誓約致します。

- (1) 老齢・障害年金の日額が傷病手当金の日額より大きいときは、年金受給期間にかかる傷病手当金の全額。
- (2) 老齢・障害年金の日額が傷病手当金の日額より小さいときは、年金受給期間にかかる障害年金の全額。

記

1. 傷病手当金請求書 (第 回)

(1) 傷 病 名

①

②

(2) 請 求 期 間

平成・令和 年 月 日 から

平成・令和 年 月 日 まで 日間