

誓 約 書

令和 4年 5 月 7 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	静岡市葵区追手町5番1号
世帯主	氏 名	国 保 一 郎
	電話番号	0 1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0

	住 所	静岡市葵区追手町5番1号
被保険者	氏 名	国 保 二 郎
	電話番号	0 1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0

※ 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	静岡市葵区追手町5番1号
代理人	氏 名	国 保 二 郎
(口座名義人)	電話番号	0 1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0
	世帯主との関係	子