

大日本印刷健康保険組合 理事長 殿

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いたします。

記

1. すでに支給された、もしくは請求している傷病手当金について

現在裁定請求中の下記年金の決定通知を受理した場合は、すみやかに申し出ます。

年金と調整の結果、傷病手当金の過払いが生じた場合は一部または全額を返還します。

該当する□に✓を入れてください

☐ 障害厚生（基礎）

☐ 障害手当金

☐ 老齢（退職）年金

以上

令和 年 月 日

被保険者記号・番号	—
被 保 険 者 氏 名	⑩
生 年 月 日	昭・平 年 月 日
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 —
本 人 確 認 欄	☐ この誓約書を作成したのは本人（被保険者）です ※忘れずに✓を記入ください