

誓 約 書

私こと_____は、健康保険傷病手当金の請求にあたって障害厚生年金を受給したときには、その全額もしくは差額を、速やかに三重県農協健康保険組合に返納することを誓約いたします。

年 月 日

記 号・番 号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

三重県農協健康保険組合理事長 様