

渡辺パイプ健康保険組合 理事長 殿

## 誓約書

傷病手当金受給中に、労働者災害補償保険による休業補償給付の支給が決定したときは、遅滞なく貴健康保険組合へ通知します。

また、同保険の休業補償給付が遡って支給され、傷病手当金の支給期間と重複した際には、重複した傷病手当金を貴健康保険組合へ返還します。

令和 年 月 日

氏 名

⑩

住 所 〒 -

電話番号

## 同意書

私は、貴健康保険組合が傷病手当金の支給について、関係機関（労働基準監督署等）に照会することに同意します。併せて、関係機関が保有する休業補償給付に関する情報について貴健康保険組合が提供を受けることについても同意します。

令和 年 月 日

氏 名

⑩